МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Курс лекций

Могилев 2012

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Учреждение образования
«МОГИЛЕВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. А.А. КУЛЕШОВА»

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Курс лекций

Составитель В.И. Петров



Могилев 2012

Электронный аналог печатного издания:

Медицинская психология
Составитель В.И. Петров
Могилев: УО «МГУ им. А.А. Кулешова», 2012. – 368 с.

ISBN 978-985-480-762-1

В цикле лекций по курсу «Медицинская психология» рассматриваются общие и частные вопросы медицинской психологии. Общая часть цикла включает историю развития медицинской психологии, данные об основных методах медико-психологических исследований и теоретических подходах к моделям патологии, общие вопросы патопсихологии. Она также рассматривает медицинские аспекты психической нормы и патологии. Частная часть цикла рассматривает патопсихологические характеристики наиболее распространенных психических заболеваний. Представлены как нетрадиционные, так и традиционные взгляды исследователей на вопросы возникновения и психологической коррекции болезненных проявлений психики. Логичным завершением цикла являются лекции по деонтологии, видам психологической помощи, психогигиене и психопрофилактике.

Удобны в обращении сводные таблицы, содержащие сведения об основных психологических феноменах, методах психодиагностики, а также материал по контролю усвоения знаний в виде «300 вопросов и ответов» в рамках изложенного материала.

Представленный цикл лекций будет полезен студентам вузов, аспирантам, преподавателям, а также лицам, чья деятельность требует знаний в области медицинской психологии – педагогам, медикам, сотрудникам правоохранительных органов, работникам сферы обслуживания, управленцам.

УДК 159.9:61 (075.8)
ББК 88.4я73

Медицинская психология [Электронный ресурс]: курс лекций / сост. В.И. Петров. – Могилев: УО “МГУ им. А.А. Кулешова”. – 1 электрон. опт. диск (DVD-R). – Систем. требования: Pentium II 300, 64 Mb RAM, свободное место на HDD 16 Mb, Windows 95 и выше, Adobe Acrobat Reader; DVD-Rom, мышь. – 3 экз.

212022, г. Могилев,
ул. Космонавтов, 1
Тел.: 8-0222-28-31-51
E-mail: alexpzn@mail.ru
http://www.msu.mogilev.by

ISBN 978-985-480-820-8
(электронное издание)

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВКБ – внутренняя картина болезни
ВКЗ – внутренняя картина здоровья
ГМ – головной мозг
ГТР – генерализованное тревожное расстройство
DSM-4 – Классификация психических расстройств Американской психиатрической ассоциации (1994 г.)
ДЦП – детский церебральный паралич
ЗОЖ – здоровый образ жизни
ЗПР – замедленное психическое развитие
МДП – маниакально-депрессивный психоз (по МКБ-10 – биполярное расстройство)
МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (2002 г.)
ММИЛ – многосторонний метод исследования личности
МСЭ – медико-социальная экспертиза
ОКР – обсессивно-компульсивное расстройство
ООД – особо опасные действия
ПАВ – психоактивное вещество
ПР – паническое расстройство
ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство
РДА – ранний детский аутизм
РЗЛ – расстройство зрелой личности
СТДР – смешанное тревожное и депрессивное расстройство
ТАТ – тематический апперцептивный тест
ФР – фобическое расстройство
ЧМТ – черепно-мозговая травма
ЭСТ – электросудорожная терапия

Лекция № 1
ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Вопросы:

1. История развития медицинской психологии.

2. Предмет и разделы медицинской психологии.

3. Роль и задачи медицинской психологии в профессиональной подготовке психолога.

4. Общая и частная медицинская психология.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Все науки зарождались как потребность общества в получении новых знаний (генетика, науки о космосе, электроника и др.). Медицинская психология – не исключение из этого ряда. Если бы все люди придерживались принципа: *«Этого не может быть, потому что этого не может быть никогда»,* человечество никогда бы не сняло звериные шкуры и не вышло бы из пещер.

Что такое медицинская психология? Термин «психология» образован от греческого *psyche* – душа, *logos* – учение. Предмет изучения – психический мир человека. Термин «клинический» исходит от греческого *kline*, что означает постель, больничная койка. В современной психологии термины «клиническая» и «медицинская» используют как синонимы. По традиции медики называют ее медицинская психология, психологи – клиническая психология.

До оформления медицинской психологии в общепризнанную самостоятельную научную дисциплину (специальность 19.00.04) к концу XIX в. она прошла в своем развитии довольно извилистый исторический путь. Располагаясь на границе между медициной и психологией, новая наука то и дело прибивалась то к одному, то к другому берегу реки под названием *«человекознание».*

История психологической науки с особой рельефностью отражает эволюцию взглядов на природу сознания и всей духовной жизни человека. На заре науки (VI – IV в.в. до н.э.) в философии уже отчетливо звучало натуралистическое направление мысли. Об этом можно судить по трудам ***Демокрита, Эмпедокла, Лукреция, Эпикура*** и др.

Уже тогда многие считали, что мозг является «седалищем души» (***Алкмеон из Кротона***), «средоточием психической деятельности» (Пифагор), а психические болезни – результатом нарушения работы мозга (Гиппократ, Гален).

Но уже в то время натуралистической точке зрения противопоставил свои взгляды ***Платон*** (427 – 347 гг. до н.э.), выступивший с метафизическим учением о душе как идеальной сущности. Его ученику, ***Аристотелю*** (384 – 322 гг. до н.э.), критиковавшему своего учителя, хотя и не ставшему последовательным материалистом, принадлежит первый известный истории труд по вопросам психологии – трактат «О душе».

Аристотель полагал, что у всего, что растет и развивается, есть душа (от греч. psyche – психе). Она включает три части: душу растительную (ведает функциями питания, размножения), душу чувствующую, животную (чувство осязания, боли, удовольствия) и душу разумную. Следовательно, у растений имеется только растительная душа, у животных – растительная и чувствующая, а у человека – все три ее разновидности. Аристотель не отрицал, что разнообразные изменения разумной души всегда влекут за собой соответствующие сдвиги в душе животной. Разумная душа, по мнению Аристотеля, – это регулирующий принцип речи, поведения человека, вообще всех жизненных процессов. Платон и Аристотель считали, что душа может существовать вне всякой связи с телом, ибо имеет божественное происхождение, следовательно, познать ее нельзя, это лежит за пределами человеческих возможностей.

Несколько иную трактовку «высшему движущему началу» давала древняя индийская философия, предполагая существование «самосветящегося света сознания».

Взгляды Платона длительное время господствовали в науке вообще и в вопросах изучения душевной деятельности человека в частности. Объясняется это тем, что воззрения философов-идеалистов древности были приняты официальной христианской религией, пользовавшейся неограниченным господством вплоть до XVII – XVIII в. Но ученые и мыслители, в частности врачи, неоднократно делали попытки установить связи между душой и телом и даже говорили об особой науке «пневматологии», хотя уже с X в. иногда употребляли термин «психология».

В дальнейшем все более пристальное внимание стали уделять изучению отдельных свойств и качеств психической деятельности. Исследования человеческого рассудка, памяти, ощущений, ассоциаций и т.д. опирались в основном на метод самонаблюдения. Тем не менее, некоторые ученые высказывали довольно верные предположения и мысли.

Так, ***Абу Али Хуссейн Ибн Сина*** из Бухары, более известный под именем Авиценны (980 – 1037), писал: *«Воспринятые памятью явления принимаются воображением, докладываются мышлению, а мышление по обязанности устанавливает правильность или неправильность запечатленного явления и оставляет его в памяти для того, чтобы в нужный момент обращаться к нему».*

Развитие науки, техники и искусств в эпоху Возрождения, естественно, привело к появлению новых веяний и в учении о душе и теле. Все чаще и чаще

высказывались мысли о том, что «мышление есть свойство материи» (***Дж. Локк, П.Ж.Ж. Кабанис***).

Эволюционное учение, развитое ***Чарлзом Дарвином*** (1809 – 1882), оказало положительное влияние в отношении становления и развития науки о психике – психологии (этот термин стал общеупотребительным со второй половины XVIII в. после работ ***Христиана Вольфа***). Подробно изучались психика животных, «примитивных народов», детская психика, психика при умственном недоразвитии. Самое большое достижение этого периода заключалось в том, что перестали, наконец, игнорировать среду, окружающую человека.

На первых порах к этому подходили довольно механистически. Например, в большом ходу было сравнение человеческой психики и окружающего мира с двумя вплотную вставленными одна в другую чашками. Ни о каком взаимодействии речи не было.

Возражая исследователям, которые не в состоянии были окончательно порвать с дуализмом, ***Герберт Спенсер*** (1820 – 1903) утверждал, что *«психическая деятельность соотносительная и заключается в непрерывном приспособлении организмом внутренних его отношений к внешним»* и что психические явления нельзя изучать в отрыве от окружающего мира.

Томас Гексли (1825 – 1895), другой последователь Дарвина, подводя итог уровню науки, говорил: *«В наши дни никто из стоящих на высоте современной науки не усомнится в том, что основы психологии надо искать в физиологии нервной системы».*

Но, тем не менее, взгляды философов-идеалистов продолжали замедлять темпы развития психологии. Например, такой крупнейший философ-идеалист, как ***Иммануил Кант*** (1724 – 1804), писал, что к изучению психических процессов *«естественнонаучные методы применены быть не могут».*

И все же поиски той причины, которая лежит в основе психической деятельности, продолжались. Появились тенденции точно локализовать некоторые психические процессы в определенных местах головного мозга (психоморфологизм). В других исследованиях отстаивалось положение о ведущей роли и всеподчиняющем значении воли и т.д.

Было начато подробное изучение функций эндокринных желез, вегетативной нервной системы, электрофизиологии. Австрийским врачом ***Францем Галлем*** (1738 – 1828) проводилась параллель между строением черепа и особенностями психики человека, его способностями и личностными свойствами.

Внимание психологов, как и психиатров, привлекли в дальнейшем работы венского психиатра ***Зигмунда Фрейда*** (1856 – 1939), создателя одного из основных современных направлений психологии – психоанализа, который всю психическую деятельность человека объясняет направляющим влиянием бессознательного, в особенности полового влечения.

После пандемии энцефалита (1915 – 1920), который, поражая субкортикальные узлы, значительно изменял личность, в частности темперамент, стали

более пристально и детально исследовать функции подкорковых образований головного мозга.

В результате работ в некоторых областях перечисленных направлений были получены чрезвычайно ценные данные. Наука обогатилась новыми открытиями по физиологии и морфологии органов чувств, нервной системы. Но стремления выяснить истинную причину психической деятельности пока оставались бесплодными.

Много дал психологии экспериментальный метод, начало внедрения которого в психологию было положено ***Вильгельмом Вундтом*** (1832 – 1920). В 1874 г. он выпустил книгу «Основы физиологической психологии», а в 1879 г. основал в Лейпциге первую лабораторию экспериментальной психологии. Ратуя за перестройку психологической науки на основе эксперимента, Вундт прямо говорил, что подобная перестройка окажется плодотворной лишь при условии исключения понятия о душе, так как душу он понимал с позиций психофизического параллелизма, ярым защитником которого являлся.

Экспериментальные исследования позволили достаточно подробно изучить память, внимание, восприятие, эмоционально-волевую сферу.

В России длительное время в психологии господствовали идеалистические учения, и психология в основном развивалась в русле богословия. ***М.В. Ломоносов, А.Н. Радищев, А.И. Герцен, В.Г. Белинский, Н.А. Добролюбов, Н.Г Чернышевский*** внесли большой вклад в разработку философских основ материалистического понимания психического.

И.М. Сеченов, воспитанный на трудах мыслителей-гуманистов, создал свою теорию рефлекторной деятельности мозга и опубликовал в 1863 г. труд «Рефлексы головного мозга». Так пришла та необходимая помощь, в которой настоятельно нуждалась психология. И.М. Сеченов особое значение придавал медицинской психологии и собирался посвятить ей свой особый труд, о котором писал как о своей «лебединой песне».

И.П. Павлов, развивая положения И.М. Сеченова, разработал оригинальную методику, пользуясь которой стало возможно проникать в сущность рефлекторной функции мозга и подвергать *«тщательному анализу основные законы, управляющие всей громадно сложной работой высшего отдела центральной нервной системы».*

Было доказано, что психические явления – результат условно-рефлекторной деятельности мозга и что условный рефлекс одновременно является и материальным (физиологическим) и идеальным (психическим). Трудами обоих корифеев русской физиологической науки был заложен естественнонаучный фундамент психологии, который ей был необходим, и без которого она долгие годы не могла перейти от изучения внешнего проявления психики к познанию ее сущности.

Первая экспериментально-психологическая лаборатория в России была открыта ***В.М. Бехтеревым*** в 1885 г. при медицинском факультете Казанского

университета. Там, а в дальнейшем в подобной лаборатории, созданной им в Военно-медицинской академии в Санкт-Петербурге, под его руководством было выполнено более 20 клинико-психологических докторских диссертаций.

В 1896 г. такая же лаборатория была организована в Москве в психиатрической клинике ***С.С. Корсаковым***. Специальный курс психологии для студентов-медиков С.С. Корсаков еще за год до открытия лаборатории поручил читать своему ассистенту ***А.А. Токарскому***, в дальнейшем заведующему лабораторией. Почти одновременно подобные же лаборатории открылись в Одессе, Киеве и Дерпте, где экспериментальные работы по исследованию психически больных проводил ***В.Ф. Чиж***. Во всех случаях психологические кабинеты организовывались на частные пожертвования, так как администрация относилась к этому нововведению более чем холодно.

В 1904 г. на заседании Российского общества невропатологов и психиатров была избрана специальная комиссия для рассмотрения и систематизации новейших клинико-психологических методов. В 1908 г. ***А.Н. Бернштейн*** опубликовал первое в России руководство «Клинические приемы психологического исследования душевнобольных», а в 1911 г. вышел в свет «Атлас психологического исследования личности» ***Ф.Г. Рыбакова***.

Большое влияние на русскую врачебную общественность того времени оказали работы основоположников отечественной клинической медицины. ***И.Е. Дядьковского, М.Я. Муарова, ГА Захарьина, Н.И. Пирогова, В.П. Образцова, В.М. Бехтерева, С.С. Корсакова*** и других выдающихся ученых и врачей-гуманистов.

До Великой Октябрьской социалистической революции на медицинских факультетах университетов медицинской психологии уделялось чрезвычайно мало внимания, хотя в ряде психиатрических клиник эта дисциплина преподавалась. Вспоминая годы учения, ***В.В. Вересаев*** писал: «Жизнь больного человека, его душа были мне совершенно неизвестны; мы баричами посещали клиники, проводя у постели больного по 10-15 минут; мы с грехом пополам изучали болезни, но о больном человеке не имели даже самого отдаленного представления».

В первые годы после Великой Октябрьской социалистической революции ситуация значительно изменилась. Уже в 1918 г. был организован специальный институт по исследованию детей с недоразвитием психической сферы, названный впоследствии Медико-педологическим институтом. Появилась новая профессия – *клинический психолог*.

Советская медицинская психология развивалась главным образом в плане клинико-описательных и экспериментально-психологических исследований. Заметно развернулась борьба с идеалистическими направлениями в психологии, субъективистскими методами самонаблюдения. Наряду со значительными положительными достижениями в виде большей объективизации изучаемых явлений, это имело и отрицательные последствия, приведшие в 30-е гг. к

официальному государственному запрещению отдельных направлений медицинской психологии, что в дальнейшем существенно затормозило становление данной науки.

Развитию медицинской психологии в значительной мере способствовали успехи общей психологии, в частности работы ***Б.Г. Ананьева, А.Н. Леонтьева, С.Л. Рубинштейна, В.Н. Мясищева*** и др.

В конце 20 – начале 30-х гг. дальнейшие исследования отечественных психологов показали, что отражение окружающего мира – не пассивный процесс, что воздействие объектов реальности связано с активной деятельностью человека. Характер деятельности, ее направленность, содержание в значительной степени определяют процесс отражения. Вместе с тем это воздействие, результатом которого является психика, всегда опосредуется организмом, его нервной системой. В основе взаимодействия среды и организма лежат механизмы безусловных и условных рефлексов. Воспринятое преломляется в соответствии с особенностями личности человека. Происходит субъективная переработка отраженного объективного мира.

Таким образом, теперь уже речь шла не о том, чтобы устанавливать свойства либо самого организма, либо окружающей его физической и социальной среды, но о том, чтобы изучать процесс, составными частями которого они являются. Взаимодействие организма и среды подразумевает ответные реакции, и они не могут быть предугаданными, если исследователь станет исходить из изучения одного из этих компонентов. Связь между материей и сознанием, что отрицалось спиритуалистами, была экспериментально подтверждена.

Диалектический подход дал возможность психологам «понять в одном и том же единстве живое существо и его среду, их постоянное взаимодействие» (***А. Валлон***, 1956).

Особенно наглядно это проявилось при изучении общей психопатологии (***В.А. Гиляровский, Р.Л. Голант, Е.А. Попов, А.А. Меграбян*** и др.), психогенеза заболеваний, изменений личности при неврозах, вопросов психотерапии и психопрофилактики (***Е.К. Краснушкин, М.С. Лебединский, В.Н. Мясищев, К.К. Платонов*** и др.).

Широкий размах получило развитие экспериментально-психологических исследований; большинство работ выполнялось с учетом взаимосвязи и взаимообусловленности психических процессов в деятельности человека. Много практически ценных данных получено советскими учеными при исследовании психофизиологии, психологии и психогигиены труда, изучении особенностей снижения трудоспособности при соматических и нервно-психических заболеваниях, в вопросах трудоустройства и реадатации.

В 30-х и 40-х гг. вышел в свет ряд ценных работ по экспериментально-психологическому исследованию речи, мышления (***Л.С. Выготский, А.Г. Иванов-Смоленский, М.С. Лебединский*** и др.), эмоционально-волевой сферы (***А.Р. Лурия***), по влиянию на работоспособность отношения нервно-психически

больных к труду (***В.Н. Мясищев*** и др.) и некоторым иным разделам медицинской психологии.

В период Великой Отечественной войны 1941 – 1945 гг. и в последующие годы экспериментально-психологические (патопсихологические и нейропсихологические) исследования помогали более рационально решать вопросы трудоспособности и трудоустройства лиц, перенесших травму головного мозга, и восстанавливать пораженные функции.

Серьезным событием в истории отечественной медицинской психологии была Объединенная сессия Академии наук СССР и Академии медицинских наук СССР (1950), посвященная учению И.П. Павлова, умершего еще в 1936 г. Выполняя в большей мере государственно-идеологический заказ, нежели рассматривая действительно научные вопросы, эта сессия во многом затормозила развитие медицинской психологии в Советском Союзе, подменив психологию физиологией.

Возрождение научной психологии в нашей стране началось с середины 50-х гг. На I съезде Общества психологов в 1959 г., на II съезде этого общества в 1963 г. и на IV съезде невропатологов и психиатров в 1963 г. был представлен ряд докладов, свидетельствовавших о том, насколько важна медицинская психология для клиники (***Б.В. Зейгарник, М.С. Лебединский, А.Р. Лурия, В.Н. Мясищев, К.К. Платонов*** и др.).

В частности, были представлены и обсуждены новые данные по локализации психических функций и о структурном понимании личности.

Совместная работа определенных корковых зон (речи, слуха, зрения и пр.), начинаясь с раннего детства, в дальнейшем усложняется, динамические структуры формируются в процессе общения и предметной деятельности. Значительный вклад в изучение функционально-динамических структур мозга внес отечественный нейрофизиолог ***П.К. Анохин***.

При рассмотрении вопроса о локализации высших психических функций, таких, как память, мышление, сознание и др., следует иметь в виду, что человеческая психика социальна по своему происхождению. Поэтому, нет никаких оснований говорить о той или иной жесткой локализации высших психических функций в специальных корковых центрах, ибо социальное не может быть помещено в ту или иную группу клеток и приурочено к их деятельности.

В настоящее время предполагается широкое размещение высших психических функций по всей коре больших полушарий. При этом деятельность *«созвучно работающих ганглиозных клеток взаимно совозбуждающих друг друга»* (***А.А. Ухтомский***, 1953), разделенных в коре анатомически, является физиологической основой высших психических функций.

Окончательно физиологический редукционизм в медицинской психологии был преодолен только в начале 60-х гг. В 1962 г. Академией наук СССР, Академией медицинских наук СССР, Академией педагогических наук РСФСР и Министерствами высшего и среднего специального образования СССР и

РСФСР было созвано Всесоюзное совещание по философским вопросам физиологии высшей нервной деятельности и психологии. На этом совещании был подведен итог достижениям советской науки в этих направлениях и намечены пути дальнейшего развития психологии, в частности медицинской психологии. Особенно жестко в постановлении этого совещания ставились задачи борьбы с биологизацией человека.

Единое понимание и творческое развитие взглядов философов, психологов, физиологов и психиатров на сущность сознания были достигнуты на Всесоюзном симпозиуме 1966 г.

В 70 – 80-е гг. в ряде городов Советского Союза прочно сформировались крупные научные центры и школы по медицинской психологии, плодотворно разрабатывающие различные направления медико-психологических исследований.

Московские ученые (***Б.В. Зейгарник, К.К. Платанов, К.М. Гуревич, С.Я. Рубинштейн, Ю.Ф. Поляков, Е.Д. Хомская, Ф.Б. Березин, В.В. Николаева*** и др.) сосредоточили основные усилия на проведении фундаментальных исследований в области психодиагностики.

Ими созданы отечественные варианты зарубежных психодиагностических методик (ММР1, методика диагностики межличностных отношений Т. Лири и др.), выполнен целый ряд работ по изучению пато-нейропсихологических аспектов различных психических и неврологических заболеваний, изменений психической деятельности при хронических соматических заболеваниях, проведены значительные исследования в области психо(нейро)физиологии и т.д.

Ведущим направлением деятельности ленинградской школы медицинской психологии (***М.М. Кабанов, А.Е. Личко, Л.И. Вассерман, Б.Д. Карвасарский, В.К. Мягер, Р.О. Серебрякова*** и др.) является разработка теоретических основ и практических моделей осуществления реабилитационного процесса в различных областях медицины.

Спектр конкретных научных исследований ленинградских ученых чрезвычайно велик и включает как проблемы психодиагностики (создание отечественных адаптаций методик диагностики интеллекта у взрослых Д. Векслера, диагностики межличностных отношений у детей Р. Жиля и др.; создание целого ряда оригинальных отечественных психодиагностических методик – патохарактерологического диагностического опросника для подростков (ПДО), методики для диагностики типов отношения к болезни при соматических и пограничных нервно-психических заболеваниях – ТОБОЛ и др.), так и проблемы организации медико-психологической службы и психосоциального обеспечения лечебно-реабилитационного процесса.

Представители киевской научной школы (***В.М. Блейхер, Л.Ф. Бурлачук*** и др.) занимаются вопросами теории и практики патопсихологической диагностики, рассматриваемой с общепатологических динамических позиций.

Ученые тбилисской школы (***И.Т. Бжалава, С.В. Цуладзе*** и др.) проводили медико-психологические исследования в свете созданной ***Д.Н. Узнадзе*** теории

установки. Ими изучены характерные особенности и динамика установки при неврозах, психических заболеваниях, локальных органических поражениях головного мозга, что внесло весомый вклад в изучение бессознательного отечественными исследователями. По инициативе тбилисских ученых был проведен первый в нашей стране международный симпозиум по проблемам бессознательного.

Из приведенного краткого исторического обзора видно, какой большой и сложный путь прошла в своем развитии медицинская психология.

Можно считать точкой отсчета зарождения медицинской психологии призыв медиков *«лечить не болезнь, но больного»*. Именно с того времени начало происходить взаимопроникновение психологии и медицины. Вначале медицинская психология, которую активно разрабатывали психиатры, была нацелена на изучение отклонений интеллектуального и личностного развития, коррекцию дезадаптивных и делинквентных форм поведения. Однако впоследствии сфера интересов медицинской психологии была расширена за счет изучения психического состояния лиц с соматическими заболеваниями. Психологическое исследование дополняло нозологический диагноз.

Сегодня очевидна необходимость более тесного сотрудничества врача и психолога у постели больного. Проблема заключается в том, что часть врачей и психологов говорят на разных языках, между ними случается антагонизм в виде «борьбы за территорию» у постели больного, что не идет на пользу пациенту. Оптимальным представляется слияние этих двух специальностей в одном лице, что реализовалось путем создания при Гродненском медицинском институте медико-психологического факультета, первый выпуск которого (врачи-психиатры, психотерапевты, наркологи с углубленным изучением психологии и врачи-психологи) осуществлен в 1999 г. Врач-психолог, медицинский психолог – это врач со знанием психологии, обладающий клиническим подходом к ней. Он официально получил право заниматься лечением (психотерапией) больных, что до этого повсеместно психологам запрещалось.

Следует отметить, что до настоящего времени месторасположение медицинской психологии не вполне определено, что можно объяснить междисциплинарным характером этой науки.

ПРЕДМЕТ И РАЗДЕЛЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Медицинская психология – это психология медицины. В узком смысле – психология больного, в широком – все аспекты медицинской деятельности в психологическом преломлении: например, отношения «врач-больной», «больной-болезнь», психологическая атмосфера в ЛУ, деонтологические аспекты, психогигиена и психопрофилактика.

Клиническая (медицинская) психология как предмет – это наука, изучающая психологические особенности людей, страдающих различными заболева-

ниями, методы и способы диагностики психических отклонений; дифференциации (различения) психологических феноменов и психопатологических симптомов и синдромов; психологию взаимоотношений пациента и медрабртника; психопрофилактические, психокоррекционные и психотерапевтические способы помощи пациентам; а также теоретические аспекты психосоматических и соматопсихических взаимовлияний (В.Д. Менделевич, 2001).

По мнению Н.Д. Лакосина, Г.К. Ушакова (1984), ***предметом медицинской психологии*** являются многообразные особенности психики больного и их влияние на здоровье и болезнь, а также обеспечение оптимальной системы психологических целебных влияний, в том числе всех обстоятельств, сопутствующих обслуживанию больного, которое правомерно объединить в систему врач-пациент.

Клиническая психология включает разделы:

- *психология больного;*
- *психология лечебного воздействия;*
- *норма и патология психической деятельности;*
- *патопсихология;*
- *психология индивидуальных различий;*
- *возрастная клиническая психология;*
- *семейная клиническая психология;*
- *психология девиантного поведения;*
- *психологическое консультирование, психологическая коррекция, психотерапия;*
- *неврозология;*
- *психосоматическая медицина.*

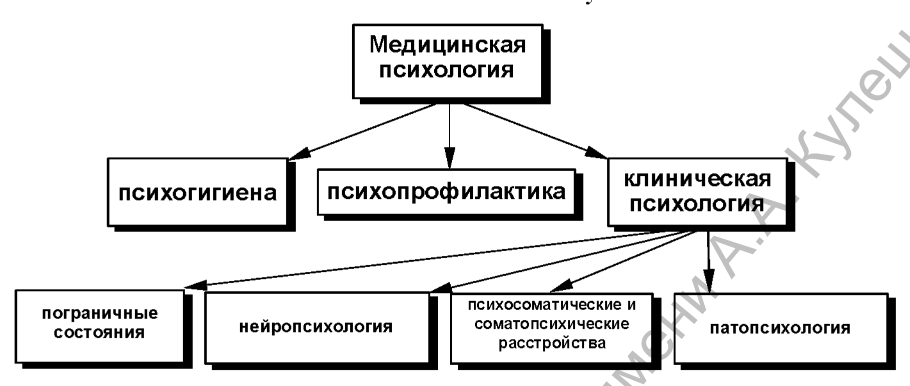
При изучении медицинской психологии возникают определенные трудности, которые вызваны отсутствием общих представлений о клинике заболеваний, целостности образа психики больного.

Содержание медицинской психологии, ее место, объем до сих пор по-разному понимаются специалистами. Общим является то, что медицинская психология рассматривает область, пограничную между медициной и психологией. При этом она изучает проблемы медицины в психологическом аспекте и методами психологии.

В большинстве стран шире распространено понятие клинической психологии, а не медицинской. В клиническую психологию в США включаются психотерапия, психодиагностика, консультативная психология, психогигиена и реабилитация, некоторые разделы дефектологии, психосоматика. В Польше медицинская психология также понимается достаточно широко, в число ее задач включаются диагностика, клинико-восстановительная деятельность, реабилитация инвалидов, психотерапия, психокоррекция, контроль эффективности психокоррекции и психотерапии.

В нашей стране К.К. Платонов рассматривал клиническую психологию как часть медицинской психологии. Клиническая психология, по его мнению,

имеет прикладное значение, отвечая потребностям клиники: психиатрической, неврологической, соматической. В медицинскую психологию Платонов включил помимо клинической психологии психогигиену.



Особенностями современной медицины являются: продолжающееся дробление и дифференциация ее разделов с ростом числа узких специальностей; все более широкое использование технических устройств (аппараты и приборы) в обследовании и лечении больных; растущее применение электронных приборов и вычислительных машин, привлекаемых, в частности, для распознавания болезней; использование в параклинических (лабораторных) исследованиях современных данных биологии, химии, физики, биофизики, кибернетики, приводящее к недооценке клинического мышления, к искусственному расчленению единства больного человека на частности, к утрированной технизации, чреватой дегуманизацией клинической медицины; введение платных услуг на отдельные виды медицинской помощи.

В отличие от большинства иных форм производственной деятельности медицина имеет дело с самым тонким и потенциально ранимым объектом деятельности – **человеком.** У всех больных, независимо от особенностей болезни, специфические реакции психики и особенности личности обнаруживают общие тенденции. В связи с этим медицинская психология становится *самостоятельным разделом медицинских знаний*, который объединяет психологические проблемы больных людей на разных этапах их жизни и болезни.

РОЛЬ И ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ ПСИХОЛОГА

Роль медицинской психологии заключается не только в улучшении необходимых контактов медперсонала с больными, в быстрейшем и наиболее полном выздоровлении, но и предупреждении болезней, охране здоровья, воспи-

тании гармоничной личности. Она широко изучает весь диапазон благотворных или пагубных влияний на личность человека, воздействие характера межличностных отношений на его здоровье и возникновение болезней.

Основная цель преподавания медицинской психологии сводится к воспитанию у студентов гуманизма, высокой медицинской культуры, этических норм и широкого психогигиенического (психопрофилактического) подхода в коррекции состояния больного человека.

Важнейшей задачей медицинской психологии является изучение психики больного в различных условиях. Медицинская психология должна разрабатываться в связи с актуальными задачами, которые ставятся различными медицинскими дисциплинами.

ОБЩАЯ И ЧАСТНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Особенностями медицинской психологии сегодня являются все большая дифференциация на различные направления и расширяющиеся связи с другими областями знаний. По направленности психологических исследований (на выявление общих закономерностей либо на особенности конкретного больного) можно выделить ***общую*** и ***частную*** медицинскую психологию.

Общая медицинская психология изучает общие вопросы и включает в себя следующие разделы:

1. Основные закономерности психологии больного человека (критерии нормальной, временно измененной и болезненной психики), психологии врача (медицинского работника), психологии повседневного общения больного и врача, психологической атмосферы лечебно-профилактических учреждений.
2. Психосоматические и соматопсихические взаимовлияния.
3. Индивидуальность (темперамент, характер, личность), эволюцию и этапы ее постнатального онтогенеза (включая детство, отрочество, юность, зрелость и поздний возраст), аффективно-волевые процессы.
4. Медицинскую деонтологию, включающую вопросы врачебного долга, этики, врачебной тайны.
5. Психогигиену (психологию медицинских советов и консультаций, психологию семьи, психогигиену лиц в кризисные периоды их жизни (например, пубертатный, климактерический). Психологию брака и половой жизни. Психогигиеническое обучение, психотренинг взаимоотношений врача и больного.
6. Общую психотерапию.

Частная медицинская психология изучает конкретного больного, а именно:

1) особенности психических процессов у психических больных (приложение № 1);

2) психику больных на этапах подготовки, выполнения хирургических вмешательств и в послеоперационный период;

3) особенности психики больных, страдающих различными заболеваниями (сердечно-сосудистыми, инфекционными, онкологическими, гинекологическими, кожными и т.д.);

4) психику больных с дефектами органов и систем (слепота, глухота и т.п.);

5) особенности психики больных при проведении трудовой, военной и судебной экспертизы;

6) психику больных алкоголизмом и наркоманией;

7) частную психотерапию.

Можно выделить конкретные клиники, где находят практическое применение знания соответствующих разделов медицинской психологии: в психиатрической клинике – **патопсихология**; в неврологической – **нейропсихология**; в соматической – **психосоматика**.

Патопсихология изучает, по определению Б.В. Зейгарник, структуру нарушений психической деятельности, закономерности распада психики в их сопоставлении с нормой. При этом патопсихология использует психологические методы, оперирует понятиями современной психологии. Патопсихология может рассматривать задачи как общей медицинской психологии (когда изучаются закономерности распада психики, изменения личности психических больных), так и частной (когда исследуются нарушения психики конкретного больного для уточнения диагноза, проведения трудовой, судебной или военной экспертизы).

Близка к патопсихологии **нейропсихология**, объектом изучения которой служат заболевания центральной нервной системы (ЦНС), преимущественно локально-очаговые поражения головного мозга.

Психосоматика изучает влияние психики на возникновение соматических проявлений.

Патопсихологию следует отличать от психопатологии. Последняя является частью психиатрии и изучает симптомы психического заболевания клиническими методами, используя медицинские понятия: диагноз, этиология, патогенез, симптом, синдром и др. Основной метод психопатологии – клинико-описательный.

На развитие медицинской психологии оказывают существенное влияние следующие медицинские дисциплины: психиатрия, неврология, нейрохирургия, психотерапия, терапия. Это влияние взаимообразно. Близка медицинская психология и к ряду других психологических и педагогических наук – экспериментальной психологии, трудотерапии, олигофренопедагогике, тифлопсихологии, сурдопсихологии и др.

Медицинская психология оказывает значительное влияние на развитие общетеоретических вопросов психологии: соотношение социального и биологического в развитии психики; анализ компонентов, входящих в состав психических процессов; развитие и распад психики; роль личностного компонента в структуре различных форм психической деятельности. Медицинская психология использует знания педагогики, социологии, философии и т.д.

Лекция № 2
ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Вопросы:

1. Средства современной медико-психологической диагностики.

2. Клиническое интервью: модель, принципы, методы воздействия на пациента.

3. Недостатки и преимущества тестовой диагностики.

4. Особенности, задачи и принципы экспериментально-психологического исследования.

СРЕДСТВА СОВРЕМЕННОЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Сфера общего интереса психиатрии и медицинской психологии – **диагностический процесс**. Диагноз психиатра должен быть подкреплен «патопсихологической верификацией». В настоящее время ситуация в медицинской практике складывается так, что диагностический процесс полностью отдается на откуп психиатрам. Врач-психиатр зачастую ищет симптом психического заболевания, а не дифференциацию его от психологического феномена. Психолог работает только с тестами. В некотором роде он представляет собой «гадалку», «фокусника», от которого окружающие ожидают чуда.

Средства, которыми располагает современная психодиагностика по своему качеству разделяются на 2 группы методик:

- малоформализованные (наблюдения, клиническое интервью, анализ продуктивности деятельности);
- высокого уровня формализации (методики типа функциональных проб, опросники, тесты, проективная техника, психофизиологические методики).

Основными методами медико-психологического исследования являются: 1) наблюдение; 2) клиническое интервьюирование; 3) экспериментально-психологические методы исследования, в том числе – методы оценки эффективности психокоррекционного воздействия.

1. Наблюдение

Одним из наиболее типичных способов работы медицинского психолога – слежение за объектом (человеком, группой) в ожидании, когда интересующие исследователя явления проявятся таким образом, что их можно будет зафиксировать и описать.

Наблюдение – способ работы, при котором медицинский психолог, не вмешиваясь в события, лишь отслеживает их изменение у пациента.

Наблюдение является одним из основных методов психологического исследования на этапе получения эмпирических данных.

Невмешательство исследователя является наиболее важной характеристикой метода. Однако этот принцип определяет как достоинства, так и недостатки метода наблюдения.

Достоинством метода является то, что пациент-объект наблюдения, в основном, не ощущает себя таковым (т.е. не знает, что за ним наблюдают) и ведет себя естественно.

Недостатками метода являются следующие:

Во-первых, исследователь в какой-то мере может предвидеть, что в ситуации, которую он наблюдает, могут происходить некоторые изменения, но он не в состоянии их контролировать. Влияние неконтролируемых факторов существенно может менять общую картину, в которой зачастую теряется та гипотетическая связь между явлениями, обнаружение которой составляет цель исследования.

Во-вторых, исследователь по различным причинам не может зафиксировать все изменения ситуации и выделяет те, которые считает для себя наиболее важными. Что именно выделяется и как оценивается зависит от субъективных факторов исследователя.

В-третьих, исследователь, стремясь найти подтверждение своей гипотезы, может бессознательно игнорировать противоречащие ей факты.

Чтобы избежать подобной субъективности наблюдение проводится не одним, а несколькими специалистами, ведущими независимые протоколы, применяются технические средства (аудио- и видеотехники), составляют специальные шкалы оценки поведения объекта (с обоснованием критериев оценки) и др.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИНТЕРВЬЮ: МОДЕЛЬ, ПРИНЦИПЫ, МЕТОДЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ПАЦИЕНТА

2. Клиническое интервьюирование

Клиническое интервью – это метод получения информации об индивидуально-психологических свойствах личности; о психологических феноменах и психопатологических симптомах и синдромах; о ВКБ (внутренней картине

болезни) пациента и структуре его проблемы; а также способ психологического воздействия на человека, производимый непосредственно на основании личного контакта психолога и клиента.

Цель клинического интервьюирования – оценка индивидуальных психических особенностей пациента, ранжирование их по качеству, силе и тяжести, отнесение к психологическим феноменам или психопатологическим синдромам. Функции клинического интервью предполагают диагностику и лечение (терапию). Обе они должны реализовываться параллельно. По длительности первое интервью должно быть не более 50 минут.

Отличия клинического интервью от обычного опроса пациента в том, что в ходе его производится выявление скрытых мотивов поведения; оказывается помощь в осознании истинных (внутренних) оснований для измененного психического состояния; осуществляется психологическая поддержка пациента.

Модель клинического интервью включает следующие этапы:

1. Установление «доверительной дистанции» с пациентом.

Возможен такой вариант начала клинического интервью: *«Я понимаю, как это непросто обратиться к врачу (психологу), тем более в такое заведение как психиатрическая больница. Мне, наверное, не стоит говорить о том, что все, о чем Вы захотите поделиться со мной о себе и своих переживаниях останется между нами!».*

Нежелательно начинать фразу в начале разговора так:

- *«Если не секрет, Вы…..»;*
- *«Ваше право не говорить мне, но …..»;*
- *«Если Вам не хочется обсуждать эту тему, мы можем перейти к другой…».*

2. Выявление жалоб, оценка внутренней картины болезни (ВКБ), структурирование проблемы.

Оцениваются жалобы больного, анализируется история его жизни и болезни, устанавливается, как пациент оценивает себя и то, как болезнь изменила жизненную ситуацию, его отношение к болезни, как это сказывается на поведении.

3. Оценка желаемого пациентом клинического результата и результата терапии, определение субъективной модели здоровья пациента и предпочтительного психического статуса.

Здесь уместен вопрос: «От чего, из того, что Вы мне рассказали Вам хотелось бы избавиться в первую очередь? Как Вы думаете, чем бы я мог Вам помочь? (таким образом косвенно уточняется приемлемый для пациента способ терапии!).

4. Оценка антиципационных способностей пациента (его возможностей предвидеть ход событий и действовать далее с учетом своих интересов), обсуждение вероятных вариантов исхода заболевания и терапии: антиципационный тренинг.

Клиническое интервью предусматривает выявление интересующих медицинского психолога связей на основе эмпирических данных, полученных в реальном двухстороннем общении с пациентом.

Однако при проведении интервью перед медицинским психологом встает ряд трудно разрешимых проблем, касающихся откровенности пациента, его отношения к исследователю.

При недостаточном психологическом контакте с исследователем у пациента может возникнуть боязнь «потерять лицо», подозрительность, недоверие и стремление уйти из ситуации с помощью стандартных, стереотипных ответов, которые, по мнению испытуемого, соответствуют принятым нормам.

Наоборот, при хорошем отношении к психологу у пациента может появиться бессознательное стремление угодить ему, «порадовать» ожидаемым ответом. Сам же психолог, как и в ситуации наблюдения, не свободен от субъективности: в ходе живого общения с пациентом бывает трудно абстрагироваться от личностного отношения к нему, что может привести к соответствующим последствиям.

Успех клинического интервью зависит от квалификации медицинского психолога, предполагающей умение установить контакт с пациентом, способности дать ему возможность максимально свободно выражать свои мысли и «отделять» личные отношения от содержания беседы.

Принципы клинического интервью:

1) **однозначность и точность** (формулировок, вопросов). Вопросы ставятся правильно, корректно и точно! *Неправильным вопросом можно считать вопрос: «Испытываете ли Вы на себе психическое воздействие?»*;

2) **доступность** (обращенная к пациенту речь должна быть ему понятной, с учетом его словарного запаса, знаний, профессиональных навыков, культуры);

3) **последовательность (алгоритмизированность**) заключается в том, что первая группа феноменов и симптомов формируется из жалоб пациента, слов родственников, друзей, наблюдения за ним, вторая группа феноменов и симптомов складывается из опроса о симптомах, которые сочетаются с уже выявленными;

4) **проверяемость и адекватность клинического интервью** (получаемой информации). *Например, при якобы имеющихся слуховых галлюцинациях уместен уточняющий вопрос: «Что Вы понимаете под словом «голоса», которые Вы слышите?».*

5) **беспристрастность** (Ни в коем случае нельзя навязывать свое мнение пациенту!).

В ходе клинического интервью оценивается **тип реагирования** (эндо-, экзо-, психогенный), **уровень расстройств** и **этиологические факторы** психических нарушений пациента. *Например, в случае слуховых галлюцинаций оцениваются характер галлюцинаторных образов, степень эмоциональной вовлеченности, степень критичности, наличие расстройств мышления пациента (бредовые интерпретации голосов), тип реагирования.*

Обязателен анализ прошлых событий – **«лонгитудинальный разрез»**: когда появились нарушения, что появилось вначале, связь с реальными обстоятельствами и др.

В процессе клинического интервью возможны следующие **методы воздействия на пациента:**

– *интерпретация* (задаешь новые «рамки», в которых пациент может увидеть ситуацию). *Например, при потере работы пациентом можно сказать, что сегодня его прежняя работа уже не актуальна, что следует обучиться новой, более престижной профессии и реализовать себя в новом профессиональном качестве.*

– *директива* (указание) – говорить то, что он должен сделать. *Например, настоятельная рекомендация – Вам следует уехать в санаторий, сменить обстановку.*

– *совет* (информация) – пожелание. *Например, дать совет о том, что конфликт имеет место угасать со временем. Подождите немного.*

– *самораскрытие* – обмен личным опытом и переживаниями. *Например, высказывание типа – аналогичный случай был со мной или в моей практике 10 лет назад...*

– *обратная связь* – психолог дает возможность пациенту понять, как он его воспринимает. Желательно общаться в модальности пациента.

– *логическая последовательность* – психолог объясняет пациенту логические следствия его мышления *(«Если..., то ...»).*

– *воздействующее резюме* – итог интервью подводится с целью влияния на пациента. *Например, в конце беседы психолог дает свое суждение сложившейся ситуации, которое можно использовать в сочетании с суждением пациента.*

3. Анализ продуктов деятельности

Данный метод исследования включает изучение писем, биографий, дневников пациента. Например, это может быть изучение почерка больного, выделение характерных особенностей письма, свойственных определенным психическим процессам, особенностям характера и личности.

4. Экспериментально-психологические методы

Экспериментально-психологический метод исследования в медицинской психологии позволяет исследовать различные звенья психических процессов и состояний.

Многочисленные психодиагностические методики (пробы, тесты, опросники) в большинстве случаев являются многофункциональными, что позволяет изучать с помощью одной методики сразу несколько функций.

Единого подхода к созданию классификации отдельных методик, входящих в экспериментально-психологический метод, не существует. Различные авторы в настоящее время выделяют:

1) *методики качественные* (направленные на выявление качественных закономерностей психической деятельности пациентов);

2) *психометрические методики* (используемые для измерения тех или иных функций).

Также методики подразделяются на:

1) *вербальные* (использующие преимущественно словесный стимульный материал);

2) *невербальные* (стимульный материал которых представлен в виде рисунков, схем, различно раскрашенных кубиков и т.п.), направленные на исследование той или иной психической функции (внимания, памяти и т.п.).

Разделение патопсихологических методик на качественные и психометрические, т.е. служащие для измерения тех или иных психических функций, необоснованно. Дело в том, что методики, направленные на выявление качественных закономерностей психической деятельности больных, доступны в большинстве случаев статистической обработке. Использование же психометрических тестов без качественного анализа получаемого с их помощью материала неправомерно и приводит к ошибочным выводам.

Весьма условно и деление экспериментально-психологических методик на словесные (вербальные) и предметные (невербальные). Даже пользуясь невербальной методикой, исследующий, как правило, не ограничивается регистрацией полученных результатов, но путем расспроса старается выяснить у больного мотивы, которыми он руководствовался, выполняя задание, интересуется рассуждениями больного по поводу проделываемой им в процессе обследования работы. Кроме того, следует учитывать, что в выполнении заданий по невербальным методикам неизменно участвует система процессов внутренней речи обследуемого.

Для бывшего СССР было характерно создание широкого спектра психодиагностических методик типа *функциональных проб*, т.е. таких, которые позволяют исследовать психическую деятельность человека в специально созданных ситуацией проведения самого исследования **нагрузочных условиях**, причем **степень выраженности данной нагрузки можно изменять** в зависимости от поставленных перед исследованием конкретных задач (по аналогии с выявлением коронарного резерва у больных стенокардией при велоэргометрии).

Наиболее известными из ***методик типа функциональных проб*** являются методики:

- классификации предметов/понятий;
- исключения предметов/понятий;
- образования простых/сложных аналогий, выделения существенных признаков и т.д.

Позволяя успешно решать круг прикладных психодиагностических задач, методики типа функциональных проб находят широкое применение как в нашей стране, так и за рубежом.

В процессе исследования испытуемого в большинстве случаев целесообразно использовать методики по возрастающей сложности – от более простых к более сложным. Необходимо использовать только известные и проверенные психодиагностические методики, применение всякого рода новых, оригинальных и модифицированных методик возможно лишь в случае полной уверенности в их валидности и надежности. Использованию любой психодиагностической методики должно предшествовать ее тщательное изучение самим исследующим.

Опросники – большая группа методик, задания которых представлены в виде вопросов или утверждений, а задачей испытуемого является самостоятельное сообщение некоторых сведений о себе в виде ответов. Появление первых опросников связано с именем **Ф. Гальтона,** который использовал их для оценки познавательной сферы человека. Сегодня только по MMPI (тест на определение личностных качеств) опубликовано свыше 3500 научных работ.

Другим общепризнанным направлением в практической психодиагностике является ***тестовая диагностика***, основателем которой считается американский психолог **Дж.М. Кэттэлл** (1890). По определению Л.Ф. Бурлачука (1989), под тестом в психологической диагностике понимается **стандартизированное**, часто **ограниченное во времени** испытание, предназначенное для установления количественных (и качественных) индивидуально-психологических различий. Таким образом, тест – это одна из разновидностей (стандартизированная) психодиагностических методик, поэтому любой тест является, по сути, методикой, но не всякая методика – тестом.

Тесты (анг. *«проба», «испытание», «проверка»*). В тестах используют как *«открытый» ответ* (ответ испытуемый формулирует сам), так и *«закрытый» ответ* (испытуемый выбирает ответ из нескольких, который считает правильным). Тесты в клинической диагностике желательно проводить индивидуально. Они классифицируются по форме, цели и содержанию:

– **по форме:**

- индивидуальные и групповые;
- устные и письменные;
- бланковые и предметные (стимульный материал: предметы, кубики, карточки);
- аппаратурные и компьютерные; вербальные и невербальные (практические).

– **по содержанию (направленности):**

а) тесты на интеллект (ум, знания, полезный опыт);

б) тесты на способности (возможность овладения знаниями, навыками);

в) тесты достижений (контроль навыков после обучения);

г) тесты исследования личности (эмоции, мотивации, интересы, особенности поведения в определенных ситуациях).

Разделение методик в соответствии с их направленностью на исследование той или иной психической функции также является условным. Как правило, большинство методик свидетельствуют своими результатами о состоянии нескольких функций. Большинство патопсихологических методик обладают широким диапазоном. Нельзя ограниченно исследовать только память, только внимание, только мышление. С другой стороны, существуют группы патопсихологических методик, имеющих общую направленность, например, особенности течения ассоциаций обнаруживаются при исследовании методиками классификации, исключения, в ассоциативном эксперименте, пиктограммах. Один и тот же психический дефект, скажем, эмоциональное уплощение, может выявляться такими различными методиками, как проба на запоминание, пиктограммы, с помощью картинок с эмоциональным подтекстом, при определении уровня притязаний; повышенная истощаемость – при исследовании таблицами Шульте, Крепелина, в корректурной пробе, при образовании аналогий и т.д.

– **по цели:** для определения возможности использования испытуемого в определенной профессии.

Понятия, принятые в психодиагностике, для характеристики метода:

– ***константность*** – относительная независимость результатов от экспериментатора;

– ***валидность*** – свойство, указывающее, что тест измеряет и как хорошо;

– ***надежность*** – точность измерений;

– ***релевантность*** – соответствие предоставляемой информации испытуемым цели теста.

НЕДОСТАТКИ И ПРЕИМУЩЕСТВА ТЕСТОВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Недостатки тестов:

1. Меньшая возможность у экспериментатора добиться взаимопонимания, заинтересованности, получить согласие на сотрудничество.

2. Любые случайные состояния (болезнь, утомление, тревожность), влияющие на выполнение задания выявить труднее.

3. Выявляется наличный уровень достижений без ориентировки на потенциальные возможности человека.

4. Необходимость отказа от статистической нормы при оценке результатов и поиска содержательных критериев (к примеру, уровень тревожности может указывать на возможный переход в генерализованное тревожное расстройство).

5. Отсутствие возможности корректировки результатов теста после его завершения.

6. Тесты исследования личности – не что иное, как посягательство на «тайну» личности.

Преимущества тестов:

1. Короткие сроки исследования.
2. Возможность сравнения данных с течением времени (рекомендуется в интервале от нескольких месяцев до полугода).
3. Массовость обследования.
4. Не требуют высокой квалификации экспериментатора.
5. Единообразие условий проведения.
6. Легкость и быстрота сбора данных.
7. Более объективный характер обработки (компьютерная).

Проективная техника – это глобальная оценка личности, а не выявление отдельных черт. Используют неопределенные стимулы: например, исследуемый интерпретирует рисунки, истолковывает неопределенные очертания, дополняет предложения. Особенности личности испытуемого, как полагают, проецируются на ответы.

Психофизиологические методики – это методики экспериментально-психологической направленности, включающие диагностику природных особенностей человека, характерных свойств функционирования его нервной системы.

ОСОБЕННОСТИ, ЗАДАЧИ И ПРИНЦИПЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Психолог должен, насколько это возможно, представлять отношение обследуемого к ситуации исследования, цели и мотивы его деятельности в процессе выполнения экспериментальных заданий и постоянно сопоставлять с ними получаемые при исследовании результаты. При этом не следует забывать, что в зависимости от цели исследования мотивы, которыми руководствуются исследующий и исследуемый, далеко не всегда совпадают, особенно при **экспертной направленности** исследования.

Психодиагностика с помощью экспериментально-психологических методов – это аналогия с широко используемыми в соматической медицине функ-

циональными пробами, с помощью которых врачи обычно определяют состояние функции того или иного внутреннего органа (например, секрецию желудочного сока в ответ на пищевой раздражитель, реакцию сосудов сердца на недостаток кислорода). Роль специфической «нагрузки», выявляющей «дефект» психики при этом принадлежит экспериментальным заданиям (патопсихологический эксперимент – психологический эксперимент на выявление нарушений психики), выполнение которых требует активации умственных операций, обычно используемых человеком в своей жизнедеятельности.

Патопсихологический эксперимент существенно отличается от других видов эксперимента, применяемых в медицине, например в физиологии, биохимии, микробиологии. Патопсихологический эксперимент, как и любой другой тип психологического эксперимента, – это искусственное создание условий, выявляющих те или иные особенности психической деятельности человека. Для такого эксперимента характерно вызывание психических процессов в строго определенных условиях, учитываемых исследователем, и возможность изменения течения этих процессов по заранее намеченному плану (Б.В. Зейгарник, 1969).

Основной принцип любого психологического эксперимента – проверка существования связи между рядом факторов. При этом фактор, изменяемый экспериментатором, называется **независимой переменной**, фактор, изменяющийся под влиянием независимой переменной, называется **зависимой переменной.** Соответственно различают два вида психологического эксперимента: спровоцированный эксперимент (экспериментатор воздействует на независимую переменную и наблюдает вызванные его вмешательством результаты) и эксперимент, на который ссылаются (изменение независимой переменной происходит вне какой-либо связи с деятельностью экспериментатора, например, наблюдение за проявляющимися нарушениями психической деятельности при повреждении мозга или психических заболеваниях). Наиболее часто психологи пользуются спровоцированным экспериментом, который является самым классическим.

Видоизменения условий проведения психодиагностики влияют на психическое состояние обследуемого, уменьшая либо увеличивая присущие ему психологические изменения (С.Я. Рубинштейн, 1965). Выделяют три таких способа:

- изменение ситуации, в которую на время исследования, помещается пациент;
- специальное варьирование (изменение) деятельности испытуемого;
- введение определенных фармакологических препаратов.

Это используется на практике для более полной и разносторонней характеристики познавательной функции. Можно исследовать состояние внимания в абсолютной тишине либо в обстановке специально воспроизводимых шумов, памяти – с введением стимулирующих и тормозящих деятельность КГМ медпрепаратов (брома, кофеина).

Задачами экспериментально-психологического исследования в психиатрической практике являются:

1. Получение данных для диагностики. Они носят вспомогательный характер, и их ценность обнаруживается при сопоставлении с результатами клинического наблюдения и результатами других лабораторных исследований. Ставить диагноз болезни – это задача психиатра, а не психолога. Нередко психологическое исследование способствует раннему выявлению симптомов психического заболевания и устанавливает их своеобразие (например, заболевание, протекающее по типу невроза, может оказаться шизофренией при обнаружении психологом характерных для шизофрении расстройства мышления и эмоциональности, что позволяет своевременно начать активную терапию). При начальных признаках мозгового органического заболевания психолог может помочь различить сосудистую, опухолевую или атрофическую природу заболевания.

2. Исследование динамики психических нарушений в связи с проводимым лечением. При этом выявляется объективная картина влияния терапии на психическую болезнь, устанавливается наличие или отсутствие остроты болезненного процесса, характер формирующегося при этом психического дефекта.

3. Участие в экспертной работе. Например, в судебно-психиатрической практике важно не только установить наличие ослабоумливающего процесса, но и определить степень выраженности слабоумия. Именно выраженностью слабоумия в ряде случаев определяется выносимое экспертное суждение.

Особенно велика роль психолога при отсутствии у обследуемого психического заболевания. Понимание характера совершенного преступления невозможно в этих случаях без исследования структуры мотивов и потребностей, присущей испытуемому системы отношений, установок, ценностных ориентаций, без раскрытия внутренней психологической структуры личности. Психологическая экспертиза производится не только для оценки личностных свойств обвиняемого, но нередко объектами ее становятся потерпевшие и свидетели, так как получаемые психологом данные способствуют адекватной оценке их показаний, помогают судить об их достоверности.

В рамках психолого-психиатрической экспертизы часто решается вопрос о наличии у обвиняемого какого-либо патологического аффективного состояния, а также других состояний, повлиявших на него в момент совершения преступления (переутомление, страх, горе). Важное значение имеют установление возможности возникновения в определенной ситуации таких состояний, как растерянность, потеря ориентировки, и экспертная оценка их влияния на качество выполнения обследуемым его профессиональной деятельности.

4. Участие в реабилитационной работе. Современная психиатрия особое значение придает работе по реабилитации и ресоциализации психически больных. Важно восстановить больного в его социальном статусе, прежде всего в семье и на производстве. Реабилитационная работа должна учитывать не

только изменения, привнесенные в психику заболеванием, но и оставшиеся сохранными элементы эмоционально-личностной жизни и интеллектуальной деятельности. Здесь важен индивидуализированный подход к больному.

5. Исследование недостаточно изученных психических заболеваний. Это задача касается, прежде всего, научно-исследовательских медицинских учреждений.

6. Участие в психотерапии. Здесь, как и в проведении реабилитационных мероприятий, психолог должен работать под руководством врача психиатра, психотерапевта. Экспериментально-психологическое исследование в решении данной задачи необходимо для:

- диагностики психического заболевания, от характера которого будет зависеть объем показаний к психотерапии и ее реализация (формы и методы, место проведения);
- обнаружения таких личностных свойств больного, на которые в последующей психотерапевтической работе следует обратить особое внимание, учитываются не только измененные болезнью личностные свойства, но и сохранные компоненты личностной деятельности, на которую в первую очередь должна быть направлена психотерапия;
- налаживания продуктивного контакта с больными, так как дает психотерапевту представление об их интеллектуальном уровне и интересах.

Таким образом, можно сформулировать **принципы** подбора экспериментально-психологических методик:

1. Сочетание методик позволяет более полно и всесторонне исследовать какие-либо проявления психической деятельности (например, при исследовании памяти употребляются пробы на заучивание искусственных звукосочетаний, слов и ассоциативных пар слов, применяются методики, позволяющие судить о кратковременной и долговременной памяти, о непосредственном и опосредованном запоминании и т.д.).

2. Сочетание близких по направленности методик поможет судить о достоверности, надежности полученных результатов. Данные, получаемые в клинико-психологическом эксперименте с помощью одной методики, всегда желательно подтвердить результатами, полученными с помощью других методик.

3. Количество экспериментальных методик в каждом случае должно включать не более восьми-девяти в соответствии с задачами исследования.

4. В выборе методик психологического исследования могут играть существенную роль следующие обстоятельства: цель исследования; образование больного и его жизненный опыт (например, недостаточно грамотному испытуемому не следует давать задания по методике образования сложных аналогий); особенности контакта с больным (например, при обследовании больного с нарушением слуха максимально используются задания, рассчитанные на зрительное восприятие, зрения – на слуховое восприятие).

5. В процессе исследования методики обычно применяют по возрастающей сложности – от более простых к сложным. Исключение составляет обследование испытуемых, от которых ожидают агравации или симуляции. В этих случаях иногда более трудные задания выполняются нарочито неверно.

6. Психолог должен располагать известным «ассортиментом» методик, подбор которых должен быть продуманным. Например, нельзя ограничиться таблицами лишь для словесного или только предметного варианта методики исключения, каждый из этих вариантов имеет свои преимущества при определенной постановке опыта, а иногда желательно использование обоих.

При проведении экспериментально-психологического исследования необходимо всегда помнить, что границы нормы и патологии всегда относительны. Недаром известный русский психиатр **П.В. Ганнушкин** подчеркивал: *«В таком, с одной стороны, хрупком и тонком, а с другой – в таком сложном аппарате, которым является человеческая психика, можно у каждого найти те или иные, подчас довольно диффузные, конституционально-психопатические черты, гармоничные натуры, по большей части, есть плод воображения».*

Лекция № 3
ОСНОВНЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К МОДЕЛЯМ ПАТОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Вопросы:

1. Развитие общества и трактовки возникновения психических заболеваний.
2. Биологическая и психоаналитическая модели.
3. Поведенческая и когнитивная модели.
4. Экзистенциально-гуманистическая и социокультурная модели.

РАЗВИТИЕ ОБЩЕСТВА И ТРАКТОВКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В науке позиции, используемые для объяснения явлений, называют моделями или парадигмами. На умы ученых в трактовке болезненных проявлений существенное влияние оказывали представления общества, к которому они принадлежали. Например, Средние века отличали господство религии, суеверий и войн и средневековые врачи в признаках болезни часто видели «руку дьявола». Их лечение включало диапазон методов от молитв до бичевания, каждый из которых был направлен на изгнание инородного духа из тела больного.

В наше время для объяснения аномального функционирования используется несколько разных моделей. Это связано с изменением общественных ценностей и представлений, а также с совершенствованием клинических исследований. На одном конце спектра – *биологическая модель*, согласно которой ключевыми в человеческом поведении являются физические процессы. На противоположном – *социокультурная модель*, которая изучает влияние общества и культуры на поведение. Между ними располагаются 4 модели, которые уделяют большое внимание психологическим и личностным аспектам человеческого функционирования: *психоаналитическая модель* исследует бессознательные внутренние процессы и конфликты; *поведенческая модель* делает акцент на поведении и на том, как ему научаются; *когнитивная модель* сосредотачивает внимание на мышлении, лежащем в основе поведения; *экзистенциально-гуманистическая модель* подчеркивает роль ценностей и выбора в человеческом функционировании. Вместе с тем ни одна из моделей не является завершенной.

Каждая из них характеризует лишь какой-то один аспект человеческого бытия, не объясняя всех аспектов психических расстройств.

БИОЛОГИЧЕСКАЯ И ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ МОДЕЛИ

Сторонники **биологической модели** считают, что для того, чтобы разобраться в мыслях, эмоциях и поведении надо понять их биологическую основу. Они рассматривают болезнь как следствие аномального функционирования отдельных частей организма. По их мнению, психические заболевания – это результат аномального функционирования головного мозга.

Обычный вес головного мозга – 1,2 кг. Он состоит примерно из 100 млрд нервных клеток, называемых нейронами и 1000 млрд вспомогательных клеток, называемых глией (от греч. «клей»). Один нейрон может взаимодействовать с 25000 других нейронов. Человеческий мозг на 80,0% состоит из воды. Информация поступает в мозг со скоростью приблизительно 360 км/час.

Внутри головного мозга большие группы нейронов образуют его отделы. Задний мозг образован продолговатым мозгом, мостом и мозжечком. В середине головного мозга находится средний мозг, поверх которого расположен передний мозг, представляющий собой большой мозг (два полушария головного мозга), таламус, гипоталамус. Большой мозг в свою очередь состоит из коры, мозолистого тела, базальных ганглиев, гиппокампа и миндалевидного тела. Нейроны каждого отдела контролируют какие-то важные функции. Например, гиппокамп осуществляет контроль за эмоциями и памятью. По данным ученых существует связь между психическими заболеваниями и нарушениями в определенных участках мозга. *К примеру, недостаток клеток в базальных ганглиях приводит к болезни Хантингтона, которая проявляется яростными эмоциональными вспышками, провалами в памяти, непроизвольными телодвижениями, абсурдными и суицидальными мыслями.*

Установлено также, что психические заболевания часто связаны с проблемами в передаче сигналов от нейрона к нейрону. Информация в головном мозге распространяется в виде электрических импульсов, которые передаются от одного нейрона к другому, принимается дендритами нейрона и движется по аксону, достигая нервного окончания. Пространство между нейронами называется синапсом. Когда электрический импульс достигает нервного окончания, оно стимулируется и выделяет **нейротрансмиттер** (медиатора), который перемещается через синоптическое пространство к соседним нейронам. Это процесс вызывает либо «срабатывание» нейронов и запускается следующий электрический импульс, либо прекращает «срабатывание» нейронов. Нейротрансмиттеры играют ключевую роль в передаче информации в головном мозге.

Исследования показывают, что аномальная активность некоторых трансмиттеров может приводить к психическим расстройствам. Например, низкая

активность нейротрансмиттера гамма-аминомасляной кислоты связывается с возникновением тревожных расстройств, серотонина – с депрессией. Избыточная активность допамина определяет развитие шизофрении.

Деятельность эндокринной системы также имеет отношение к возникновению психических расстройств. Так, аномальную секрецию гормона кортизола связывают с тревожными расстройствами и расстройствами настроения.

В вопросе нарушений психики велика роль и наследственности. Из 23 пар хромосом, состоящих из генов, каждая в паре наследуется от одного из родителей. Давно известно, что от родителей наследуется цвет волос, рост, зоркость глаз. Гены могут определять не только художественные и музыкальные наклонности, но и влиять на поведение, в том числе на его аномалии. *Например, многие разлученные однояйцовые близнецы делают одинаковый жизненный выбор, ведут себя в схожей манере и даже страдают аналогичными поведенческими аномалиями*. Сегодня считается доказанным, что модель поведения или психического расстройства определяется множеством генов, которые взаимодействуют друг с другом и определяют характер поведения и эмоциональные реакции, как нормальные, так и аномальные. Генетические факторы связывают с развитием расстройств настроения, шизофрении, умственной отсталости, болезни Альцгеймера и других психических расстройств.

На сегодняшний день наиболее популярны 3 биологических метода лечения: медикаментозная терапия (применяется чаще других), электрошоковая терапия и психохирургия. Интересно, что до того, как были созданы эффективные психотропные препараты, врачи психиатрических клиник прибегали для успокоения возбужденных пациентов к обертыванию в мокрые простыни.

В 50-е гг. XX ст. ученые создали несколько эффективных *психотропных препаратов*, которые действовали главным образом на эмоции и мышление. Эти лекарства изменили представления о возможности коррекции ряда психических расстройств. Кстати, сегодня в США на разработку и производство нового лекарства уходит в среднем 15 лет и 500 млн. долларов. Однако «революция», вызванная появлением психотропов сопровождалась и определенными проблемами. Часто этими препаратами злоупотребляют, кроме того, они помогают не всем. Обычно в терапии используют 4 группы психотропных лекарств:

- *противотревожные средства* – снимают напряжение и тревогу (малые транквилизаторы или анксиолитики: альпразолам, диазепам);
- *антидепрессанты* – улучшают настроение у депрессивных пациентов (флюоксетин, сертралин);
- *нормотимики* – выравнивают настроение у больных, страдающих биполярным расстройством (литий);
- *антипсихотические препараты* – снимают помрачение сознания, галлюцинации и бред (аминазин, галоперидол).

Электрошоковая (электросудорожная терапия) сегодня широко применяется для лечения депрессивных больных. Ко лбу пациента прикрепляется

2 электрода и через его мозг пропускается короткий разряд электрического тока напряжением до 140 вольт. Это вызывает судорогу головного мозга, которая длится до нескольких минут. Через 7-9 сеансов ЭСТ, проводимых один раз в 2-3 дня депрессия у многих больных значительно уменьшается. Эффективность – 60,0%, причем у пациентов, чью депрессию не удавалось снять другими методами.

Психохирургия – это хирургические операции на головном мозге при психических расстройствах. Считается, что ее «корни» уходят в прошлое. Ее прообраз – трепанация черепа, которую производили в древние века при странностях в поведении. В 1930 г. португальским нейропсихиатром Антониу де Эгаш Монишом разработана методика психохирургии, из которой заимствованы ее современные формы. Так, лоботомия заключается в прорезании хирургом каналов между лобными долями головного мозга и его нижележащими центрами. Считается, что хирургические операции на головном мозге эффективны при некоторых случаях тяжелой депрессии, тревоги и обсессивно-компульсивном расстройстве. *Психохирургия* используется только тогда, когда тяжелые психические расстройства протекают годами и все прочие методы лечения неэффективны.

Недостатки биологической модели: психическая деятельность – это взаимодействие биологических и небиологических факторов, поэтому важно учитывать их взаимодействие, а не сосредотачиваться лишь на «биологии»; многие исследования биологической направленности проводятся на животных, не факт, что их результаты можно с уверенностью переносить на человека; многие биологические методы дают нежелательные побочные эффекты.

Психоаналитическая (психодинамическая) модель психической патологии является самой старой и самой известной. По мнению психоаналитиков поведение человека определяется скрытыми силами, которые человек не осознает. Эти силы считаются динамическими (отсюда психодинамическая модель), т.е. они взаимодействуют друг с другом и это придает определенную форму эмоциям, мыслям и поведению. Появление их нарушений рассматривается как результат *конфликтов* между этими силами. Психоаналитики считают, что все поступки обусловлены прошлым опытом.

Психоаналитическая модель впервые была сформулирована венским невропатологом Зигмундом Фрейдом (1856 – 1939) на пороге XX в. Изучив гипноз, Фрейд разработал теорию психоанализа и метод лечения с тем же названием. В начале 1900-х гг. Фрейд и несколько его коллег по Венскому психоаналитическому обществу – в том числе Карл Густав Юнг (1875 – 1961) и Альфред Адлер (1870 – 1937) стали наиболее влиятельными клиническими теоретиками на Западе. 24 тома трудов Фрейда, посвященных психоаналитической теории и лечению, широко изучаются и сегодня.

Фрейд полагал, что личность формируют три основные силы: инстинктивные потребности, рациональное мышление и моральные стандарты. Все

эти силы, по его мнению, действуют на бессознательном уровне, недоступны непосредственному восприятию и взаимодействуют друг с другом. Фрейд назвал эти силы – **ид** (оно), **эго** (я), **суперэго** (сверх-я).

Ид – это инстинктивные потребности, влечения и импульсы. Ид действует в соответствии с принципом удовольствия, оно все время стремится к наслаждению. Причем, инстинкты, как проявления ИД, по мнению Фрейда, носят сексуальный характер. С ранних детских лет ребенок получает удовольствие от кормления, дефекации, мастурбации. Автор предположил, что Ид поддерживается либидо, или сексуальной энергией человека.

Эго. С ранних лет мы понимаем, что наше окружение не всегда удовлетворяет наши инстинктивные потребности. Например, мать не всегда бывает рядом, чтобы откликнуться на призыв. От Ид отделяется часть и становится Эго. Эго тоже ищет наслаждений, но в отличии от Ид, оно делает это с учетом принципа реальности, приобретенного опытным путем, знанием того, что открытое выражение Ид может быть неприемлемым в определенных ситуациях. Эго, используя рассудок, дает нам знать, когда мы можем выразить свои импульсы, а когда нет. Оно вырабатывает защитные механизмы для контроля недопустимых импульсов ИД и избегания тревожности, которую они порождают. **Самый главный защитный механизм – вытеснение.** Он не позволяет неприемлемым импульсам проникать в сознание. У каждого человека свои предпочтения психологических защит.

Суперэго вырастает из Эго. Узнавая от родителей, что многие импульсы Ид неприемлемы, мы бессознательно принимаем родительские ценности. Мы идентифицируем себя с нашими родителями и оцениваем себя по их стандартам. Когда мы разделяем их ценности, то чувствуем себя хорошо, нет – формируется чувство вины. Таким образом у нас формируется сознание.

Спасительные защитные механизмы:

Защита	Действие	Пример
Вытеснение	Человек избегает тревоги, не позволяя мучительным мыслям проникать в сознание	Страстное желание избить начальника на общем собрании не допускается в его сознание
Отрицание	Отказ признавать существование внешнего источника тревоги	Накануне экзамена человек считает его несущественным и идет вечером в кино
Проекция	Человек приписывает свои неприемлемые импульсы другим людям	Человек подавляет свои деструктивные желания к начальнику может спроецировать свой гнев на начальника и заявить, что именно начальник настроен к нему агрессивно

Окончание табл.

Защита	Действие	Пример
Рационализация	Непривлекательные мотивы прикрываются придуманными, якобы социально обоснованными действиями	Студент оправдывает плохие отметки тем, что важно быть разносторонним человеком, а не сосредотачиваться только на учебе
Реактивное образование	Человек совершает действия противоположные тем импульсам, существование которых он боится признать	Мужчина, испытывающий гомосексуальные чувства, занимает жесткую антигомосексуальную позицию
Смещение	Человек переносит враждебные чувства к опасному объекту на более безобидный заменитель	Обнаружив, что твое парковочное место занято другим, устраиваешь скандал с товарищем по комнате
Интеллектуализация (изоляция)	Человек подавляет эмоциональные реакции, заменяя их внешне логичным подходом к проблеме	Женщину, которую избили и ограбили, дает беспристрастное, методическое описание того, как подобное нападение может отразиться на жертве
Регрессия	Человек уходит от конфликта на более раннюю стадию развития	Мальчик после конфликта с матерью перестает заботится о гигиене элементарных потребностей и начинает пачкать одежду
Сублимация	Человек высвобождает сексуальную и агрессивную энергию способами, приемлемыми для общества	Спортсмены, художники, хирурги достигают больших успехов потому, что реализуют на работе энергию, которая в других случаях может быть потенциально опасной

Согласно Фрейду Ид, Эго и Суперэго часто конфликтуют друг с другом. Здоровой является та личность, у которой между этими силами достигнут приемлемый компромисс. Если они находятся в состоянии конфликта, в поведении человека могут появиться признаки дисфункции.

Фрейд предположил, что на каждой стадии развития, с младенчества до зрелости, люди сталкиваются с новыми ситуациями, которые требуют внесения *корректировок* в Ид, Эго и Суперэго человека. Если они успешны, то отмечается личностный рост. Если нет – происходит *фиксация* на одной из ранних

стадий развития. Результат – страдает все дальнейшее развитие, что приводит к аномальному функционированию. В ранние годы жизни родители являются ключевыми фигурами окружения ребенка. Они основные виновники неправильного развития детей. Фрейд присвоил каждой стадии развития наименование той части тела, которую он считал наиболее важной в этот период. *Например, первые 18 месяцев жизни он назвал оральной стадией. В этот период дети боятся, что мать, которая их кормит, исчезнет. Если мать не удовлетворяет оральные потребности ребенка, может произойти фиксация на этой стадии и сформироваться «оральный характер», который отличает крайняя зависимость, недоверчивость, предрасположенность к депрессии.* Фрейд выделял следующие стадии развития: оральную (до 18 месяцев), анальную (18 месяцев – 3 года), фаллическую (от 3 до 5 лет), латентную (5-12 лет), генитальную (от 12 лет до наступления зрелости).

Фрейд считал, что приучение ребенка к горшку является важнейшим опытом развития. Суровые методы приучения формируют «анальный характер», который отличает упрямство, своеволие, скаредность и придирчивость.

Психодинамические методы терапии стремятся выявить прошлые травмы и внутренние конфликты, являющиеся их следствием. Психоаналитики пытаются урегулировать эти конфликты для продолжения личностного развития пациента. По их мнению, процесс инсайта (озарения) нельзя подталкивать или навязывать. Следует искусно направлять беседу так, чтобы пациенты сами распознали свои скрытые проблемы. Используются следующие приемы: ***свободная ассоциация, интерпретация терапевта, катарсис и проработка.***

Прием *свободной ассоциации* заключается в том, что психоаналитик просит описать человека любую мысль, чувство или образ, которые приходят на ум. Психоаналитик ожидает, что ассоциации пациента выявят неосознаваемые события. *Интерпретация терапевта* заключается в том, что пациента слушают, выискивая скрытые намеки на внутренний конфликт. Когда пациент бывает готов выслушать психоаналитика, тот дает свои интерпретации трех, особенно важных явлений – *сопротивления, переноса и сновидений.* Люди проявляют «сопротивление», когда они не могут внезапно сделать свободных ассоциаций или когда меняют тему, чтобы избежать неприятного обсуждения. «Перенос» – это совершение в отношении терапевта действия, либо ощущение к нему чувств, которые характерны в отношениях пациента с близкими людьми. Во время сна защитные механизмы психики функционируют менее эффективно «интерпретация сновидений» пациента терапевтом позволяет ему выявлять неосознаваемые инстинкты, потребности и желания. Фрейд называл сновидения «королевской дорогой в бессознательное». Кстати, все люди видят сны, видят их и собаки, а возможно даже рыбы.

Сущность «катарсиса» в том, что пациент на эмоциональном и интеллектуальном уровне должен повторно пережить прошлые вытесненные чувства с

целью разрешения внутренних конфликтов и устранения своих проблем. Один сеанс интерпретации и катарсиса не изменит человека. Пациент и терапевт должны исследовать одни и те же вопросы снова и снова. Этот процесс называется *проработкой* и может занимать длительное время, даже годы.

Недостатки психоаналитической модели. Такие процессы как влечения Ид, защитные механизмы Эго и фиксация носят абстрактный характер, происходят на бессознательном уровне и порой бывает трудно определить имеют ли они место. Поэтому психодинамические процессы мало подтверждаются в научных исследованиях.

ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ И КОГНИТИВНАЯ МОДЕЛИ

По мнению теоретиков *поведенческой модели* (бихевиористов) наши действия обусловлены нашим жизненным опытом. Поведение может быть внешним (человек ходит на работу) и внутренним (возникновение чувства или мысли). По мнению бихевиористов *люди – это сумма выученных поведений*. Соответственно и лечение должно основываться на обучении, при помощи которого поведение человека меняется в зависимости от его окружения. Может усваиваться как правильное, так и аномальное поведение. Эта модель зародилась в лаборатории, когда ученые манипулировали *стимулами и вознаграждением*, а затем наблюдали, как их манипуляции отражаются на реакциях испытуемых.

Существует несколько форм обусловливания, каждая из которых может вызвать как аномальное, так и нормальное поведение. **Оперантное обусловливание** – люди научаются вести себя определенным образом, так как получают всякий раз вознаграждение, когда они поступают именно таким образом. **Подражание** – люди усваивают поведенческие реакции, просто наблюдая за другими людьми (дети начинают плохо обращаться с куклой, видя до этого такое же обращение с игрушкой взрослых).

Примером подражания может быть случай, произошедший в августе 1996 г. в зоопарке Иллинойса, когда трехлетний мальчик перелез через ограждения и упал с высоты на цементный пол вольера с гориллами. 8-летняя горилла по имени Бинти-Джуа подняла ребенка и начала качать его хрупкое тело на своих руках. Она взяла мальчика под защиту, отогнала других горилл и вынесла малыша ко входу в вольер. Впоследствии выяснилось, что когда Бинти-Джуа была маленькой, ее отобрали от матери, у которой было мало молока. Восполняя утрату, работники зоопарка круглые сутки качали маленькую гориллу на руках, что привело к подражанию этих действий в будущем.

Классическое обусловливание – это научение посредством временной ассоциации *(два события раз за разом происходят через короткий промежу-*

ток времени, что сливает их воедино в сознании человека и вскоре он начинает реагировать на оба события одинаковым образом). Например, если одно событие вызывает радость, то и второе будет вызывать радость. Его впервые продемонстрировал **И.П. Павлов** на собаках: при виде мяса у собаки выделялась слюна, далее перед выставлением тарелки включался метроном, через некоторое время слюна уже выделялась только на удары метронома. Мясо здесь *безусловный* стимул (естественный рефлекс, с которым собака родилась), удары метронома – *условный* стимул или *временная ассоциация* ударов метронома с мясом. Еще пример: запах духов любимой вызывает у парня нежные чувства к ней. Сначала этого не было, но несколько свиданий с подругой и условный рефлекс сформирован.

Классическое обусловливание может способствовать формированию аномальных форм поведения. Например, малыша постоянно пугает большая немецкая овчарка соседа, которая постоянно бросается на него когда он идет вдоль забора. Только цепь сдерживает собаку. Родители не удивятся, если у мальчика появится страх собак. Но их озадачит возникновение у него боязни песка? Они не понимают почему, например, на пляже, видя песок, их ребенок плачет. Причина – классическое обусловливание. В соседском саду стоит большая песочница, в которой часто играет собака. Каждый раз, когда собака бросается на малыша, он видит песочницу. Через несколько повторений ребенок боится песка не меньше, чем собаки.

Поведенческие методы терапии. Задача – идентифицировать проблемные поведенческие реакции и заменить их более приемлемыми, используя оперантное или классическое обусловливание, подражание. **Систематическая десенситизация** – люди учатся спокойно реагировать на ситуации, вызывающие у них страх (при лечении фобий). Суть: сначала пациента учат релаксации, затем конструируют иерархию страха – перечень пугающих объектов и ситуаций с нарастанием степени страха, потом в расслабленном состоянии пациенту предлагают представить или пережить пугающую ситуацию, идя вверх по «иерархической лестнице страха» до получения желаемого результата.

Преимущества поведенческой модели: можно проверить в лабораторных условиях; лечение краткосрочно; низкая стоимость терапии. Недостатки: улучшения психики в кабинете терапевта не всегда переносятся в реальную жизнь; необходимость дальнейшего лечения; это несколько упрощенный подход к сложному человеческому поведению.

Когнитивная модель. В начале 60-х гг. XX в. клиницисты Альберт Эллис (1962 г.) и Аарон Бек (1967 г.) высказали предположение, что в основе поведения, мышления и эмоций лежат когнитивные (познавательные) процессы. Психоаномалии, как считали они, лучше познаются через познавательные способности. По их мнению, надо уточнять у пациента, какие установки накладывают отпечаток на его восприятие, какие мысли в его сознании, к каким заключениям он приходит. Для когнитивных теоретиков мы все художники. Создаем в

своем сознании собственные миры, когда пытаемся понять события вокруг нас. Хорошие художники создают позитивный когнитивный мир, одобряемый другими, плохие – мир, приносящий вред и боль. *Допущения и установки* таких людей о себе и мире не отличаются точностью и причиняют беспокойство.

Когнитивные теоретики также указывают на *процессы нелогичного мышления* как причину аномального функционирования. Некоторые люди мыслят в нелогичном ключе (сверхобобщение, выведение общих негативных заключений на основе одного незначительного события) и делают выводы, причиняющие им вред.

Одна депрессивная студентка на занятии по истории не смогла назвать годы третьего плаванья Колумба в Америку. Сделав сверхобобщение, она провела остаток дня в состоянии отчаяния, переживая по поводу своего беспросветного невежества.

Когнитивные методы терапии. Существует мнение, что люди могут избавиться от проблем, освоив новые, более функциональные способы мышления.

Когнитивная терапия. В ходе ее терапевты помогают пациентам распознать негативные мысли, тенденциозные интерпретации и логические ошибки. Они предлагают пациентам бросить вызов этим «ненормальным» мыслям, внедрить новые интерпретации, научиться по новому мыслить. Почему так популярна эта модель? В центре ее внимания – человеческое мышление; оно несет ответственность не только за наши достижения, но и определяет проблемы человеческого функционирования, в частности аномального поведения; впечатляющие успехи когнитивной терапии (в лечении депрессий, сексуальных дисфункций, панического расстройства). В чем недостатки этой модели? Еще не определена конкретная роль когнитивных процессов в психопатологии; когнитивные методы помогают не всем; узость когнитивной модели (познавательная способность – это лишь всего одна часть человеческого функционирования).

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ГУМАНИСТИЧЕСКАЯ И СОЦИОКУЛЬТУРНАЯ МОДЕЛИ

Гуманистические психологи считают, что люди обладают врожденным стремлением к дружбе, сотрудничеству и созиданию. По их мнению, люди стремятся к **самоактуализации** – реализации своего потенциала добра и роста. Они должны признавать как свои достоинства, так и свои недостатки. Самоактуализация помогает пациентам почувствовать интерес к окружающим людям, научиться любить их и проявлять заботу, совершать самостоятельные поступки, не завися от мнения окружающих.

Экзистенциально-ориентированные психологи соглашаются, что люди должны иметь точное представление о себе и жить содержательной «аутентич-

ной» жизнью. Их теории не предполагают, что люди от природы склонны жить в позитивном ключе. По их мнению, люди от рождения обладают полной свободой: либо придать смысл своему существованию, либо нет, т.е. уклониться от этой ответственности. Последние «прячутся» от выбора, ответственности, что приводит к взглядам на себя как слабых, беспомощных. Это впоследствии проявляется симптомами болезни.

Экзистенциально-гуманистическая модель возникла в 40-х гг. XX ст. Пионером гуманистического направления считается **Карл Роджерс** (1902 – 1987), разработавший *клиент-центрированный метод терапии*. Он обязывал принимать клиента, обеспечивать ему поддержку и включал 3 качества: позитивное отношение к клиенту, сопереживание и искренность. Экзистенциальное направление опиралось на идеи европейских философов-экзистенциалистов XIX в., считавших, что люди определяют свое существование посредством своих действий, что придает смысл жизни. Первая, наиболее известная книга на эту тему – **«Existence» Мэя, Эйнджела и Элленбергера** вышла в конце 50-х гг. XX в. В ней были описаны основные основные экзистенциальные идеи и лечебные подходы.

Согласно К. Роджерсу, путь к дисфункции начинается с младенчества. У всех есть базовая потребность в *позитивном отношении* значимых для них людей (например, родителей). У детей, испытывающих положительное отношение родителей, возникает и позитивное отношение к себе. Они начинают понимать свою ценность, даже если они несовершенны. Если этого нет, если ребенок одобряется только тогда, когда соответствует определенным правилам, у него искажается взгляд на себя и собственный опыт. Его заслуги связываются с какими-то стандартами, правилами и впоследствии он смотрит на себя избирательно, искажая мысли и поступки, которые не выдерживают требования признания заслуг. Постоянный самообман исключает самоактуализацию. Такие люди не знают своих истинных чувств, ценностей и целей, что приводит к проблемам в функционировании.

Разновидностью гуманистического подхода являются музыкотерапия и гештпльт-терапия. Недаром целительная сила музыки известна с глубокой древности: в древнегреческой мифологии Бог Апполон был одновременно покровителем музыки и медицины. Музыка вдохновляет людей, вызывает ранее недоступные эмоции, интуитивные прозрения, воспоминания, пробуждает духовные чувства.

Гештальт-терапия разработана в 50-х гг. XX в. клиницистом Фредериком (Фрицем) Перлзом (1893 – 1970). Гештпльт-терапевты побуждают людей познать и признать себя, но в отличие от клиент-центрированной терапии они добиваются цели, ставя пациентов в трудное положение, вплоть до фрустрации. Любимые приемы Перлза – искусственная фрустрация, ролевая игра, разработанные им правила. Прием искусственной фрустрации – это ситуации, когда гештальт-терапевты отказываются удовлетворить желания своих клиентов. Возникшее состояние фрустрации помогает людям увидеть, насколько часто они путем манипулирования пытаются заста-

вить других удовлетворить их потребности. Прием ролевой игры обучает пациентов играть различные роли. Человека просят стать другим человеком, объектом, альтер-эго (двойником) или даже частью тела. Многие пациенты кричат, визжат, пинают стулья, стучат кулаками. Таким образом ранее неизвестные чувства они могут «сделать своими». Правила Перлза позволяют людям более внимательно посмотреть на себя: 1) Требование использовать в речи «я» вместо «это» – должны говорить «Я испуган» вместо «Эта ситуация пугает»; 2) Правило «здесь и сейчас» требует чтобы люди оставались здесь и сейчас, т.е. они имеют потребности здесь и сейчас и должны увидеть их именно здесь и сейчас.

Экзистенциальные теории и терапия. Их представители считают, что причина психологических дисфункций – *самообман.* Это ситуации, когда люди уклоняются от жизненных обязанностей и не способны признать, что именно они должны наполнять смыслом свою жизнь. Люди испытывают на себе давление общества и ждут от других совета и руководства. Они забывают о собственной свободе выбора, избегают ответственности за свою жизнь и решения. Они обречены на «пустую», неаутентичную жизнь с преобладанием тревоги, отчужденности и депрессии.

В экзистенциальной терапии людей побуждают взять ответственность за свою жизнь и свои проблемы, помогают осознать свою свободу и наполнить жизнь большим смыслом и ценностями. Большое внимание в ней *уделяется отношениям терапевта и пациента,* а также созданию атмосферы откровения, совместной продуктивной работы. Экзистенциальные терапевты против экспериментальных методов оценки лечения (тесты, шкалы «обесчеловечивают» индивида).

Оценка экзистенциально-гуманистической модели. Для многих она привлекательна, так как затрагивает *аспект психологической жизни, оптимистична*. Сторонники этой модели отмечают, что у лиц с психическими расстройствами часто отсутствуют такие необходимые атрибуты эффективного функционирования, как *принятие себя, личностные ценности, личностный смысл и личностный выбор.* Кроме того, эта модель дарит людям надежду (невзирая ни на что, мы можем делать собственный выбор, определять свою судьбу и добиваться результата), а также делает упор на здоровье. Экзистенциалисты видят перед собой не больного (как врачи), а просто людей, чей потенциал еще должен быть реализован. Из прошлого они выделяют такой формирующий в будущем личность фактор, как «врожденная доброта» (а не какие-то там фрейдовские штучки).

Социокультурная модель. Суть – аномальное поведение можно лучше понять в свете социальных и культурных сил, которые влияют на индивида. Эта модель связана с вопросами: *Каковы общественные нормы?, Какие роли играет человек в социальном окружении?, С каким видом семейной структуры он связан? Как другие люди смотрят и реагируют на него?*

Теория семейных систем – теория, которая рассматривает семью как систему, взаимодействующих частей и полагает, что члены семьи взаимодействуют в устойчивой манере и руководствуются негласными уникальными правилами. То есть возможны ситуации, когда некоторые семьи просто вынуждают человека вести себя в манере близкой к аномальной. При нормальном же поведении эти бы лица «напрягали» и себя и семью. Например, это касается *семей с повышенной общностью действий* или наоборот с *разобщенностью* их членов (дисфункциональные семьи).

Социальные сети и поддержка. Если смотреть шире (за пределы семьи), то важными представляются профессиональные и социальные отношения. Давно заметили, что люди, лишенные социальной поддержки, чаще впадают в депрессию и длится она дольше, чем у тех, кто ощущает семейную и социальную поддержку.

Общественные условия могут стать причиной аномального функционирования (например, в более низких социальных классах ввиду частой безработицы, высокого уровня преступности, стесненных жилищных условий или их отсутствия, низкого качества медпомощи и слабой вероятности получить хорошее образование). Важна роль и половых, расовых и сексуальных отличий. Так, женщины в 2 раза чаще мужчин страдают тревожно-депрессивными расстройствами, у афро-американцев отмечается необычно высокий уровень тревожности, у испано-американцев – алкоголизма, у американских индейцев – алкоголизма и самоубийств. Бедность и стрессы – понятие взаимосвязанные. *Например, жертвами преступлений становятся 90 человек, живущих за чертой бедности, из 1000; 50 человек среднего достатка из 1000 и 40 богатых людей из 1000 этой же группы.*

Общественные ярлыки и роли. Аномальное функционирование людей связано с диагностическими ярлыками, навешиваемыми на неблагополучных людей и ролями, которые им отводятся. Когда люди нарушают нормы своего общества, их называют девиантами (людьми с отклонениями), а чаще «психически больными». Этот ярлык «прилипает», со временем человек может оправдать отведенную ему роль (ярлык). Интересен пример:

Восемь человек обратились в различные психиатрические клиники с жалобами, что они слышат голоса, произносящие слова «пустой», «полый» и «тупой». На основании этой одной жалобы выставлялся диагноз шизофрении, и все они помещались в клиники. Псевдопациенты столкнулись с большими трудностями, убеждая других, что они здоровы. Госпитализация длилась от 7 до 52 дней, несмотря на то, что после помещения в больницу все они вели себя нормально. Медперсонал также относился к ним предубежденно, в соответствии с навешенным ярлыком «шизофрения».

Социокультурные методы терапии. Ее виды: *индивидуальная и групповая терапия, семейная и супружеская терапия, терапия средой* (встреча с пациентом в его естественном окружении). Индивидуальная терапия – это встреча с

терапевтом один на один. Групповая – это работа с группой пациентов. Члены группы могут сделать для себя важные открытия, формировать социальные навыки, получать полезную информацию и повышать свою самооценку. Чаще группы формируют из определенного контингента: алкоголиков, разведенных, лиц, с физическими недостатками…

Семейная терапия впервые была разработана в 50-х гг. XX в. Терапевт встречается со всеми членами семьи, указывая им на проблемное поведение и помогая измениться. Вся семья рассматривается как единица, подвергаемая лечению, даже если клинический диагноз ставится только одному ее члену. Один из подходов в семейной терапии – *структурная семейная терапия.* Терапевт пытается изменить структуру семейной власти, роли членов семьи и их альянсы. Другой – *интегративная семейная терапия,* когда терапевт пытается помочь членам семьи увидеть и изменить ущербное общение. Положительный эффект у 65,0% семей.

Супружеская терапия (терапия пар) – терапевтический метод, в котором терапевт работает с двумя людьми, состоящими в долговременных отношениях. Чаще – это муж и жена, но не обязательно. Крайне важна: в США, Канаде и Европе распадается 50,0% браков. После супружеской терапии 50,0% пар заявляют, что становятся «счастливыми в браке».

Поддержание психического здоровья сообщества – лечебный подход, делающий упор на заботу о людях с психологическими трудностями, проявляющуюся в их ближайшем окружении. Инициировал в 1963 г. президент Кеннеди. Он считал, что психбольные должны пользоваться помощью близлежащих, а не отдаленных учреждений. В Конгрессе США был принят даже Закон о психическом здоровье сообщества. Суть: ключевой принцип «общинного» метода – профилактика. Клиницисты идут навстречу людям, а не ждут, когда те, обратятся за помощью.

«Плюсы» социокультурной модели следующие: в развитии психопатологии стали приниматься в расчет семейные, социальные и общественные вопросы; клиницисты узнали о влиянии ярлыков; эти методы часто успешны в случаях, когда традиционные – терпят неудачу.

Недостатки этой модели: трудно интерпретировать данные – связь болезни и социума вскрыть можно, но трудно доказать, что именно этот социальный фактор причина болезни (например, связь семейных конфликтов и шизофрении); модель не способна предсказать аномалии у отдельных индивидов.

Подводя итоги, следует сказать, что ведущие модели возникновения психических отклонений смотрят на человека под разным углом зрения. Они основаны на разных посылках и применяют разные методы лечения. Ни один из них не превосходит другой. Каждый позволяет оценить один из ключевых аспектов человеческого функционирования и имеет свои преимущества и недостатки. Наиболее популярен сегодня **биопсихосоциальный подход** – теория, согласно которой патология возникает в результате взаимодействия целого ряда

факторов – генетических, биологических, воспитательных, эмоциональных, поведенческих, познавательных, социальных и социологических.

Некоторые сторонники биопсихосоциального подхода, объясняя взаимодействие этих факторов, могут придерживаться концепции **«предрасположенность – стресс»**. Это точка зрения, согласно которой, для того, чтобы у человека появилось какое-то расстройство, он должен сначала обладать предрасположенностью к этому расстройству, а затем подвергнуться непосредственному воздействию психологического стресса.

Сегодня специалисты могут комбинировать различные методы лечебного воздействия, используя несколько подходов. Комбинированные методы наиболее эффективны и востребованы. Например, лечение депрессии с помощью медпрепаратов и когнитивной терапии достаточно эффективно.

Лекция № 4
ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПАТОПСИХОЛОГИИ

Вопросы:

1. Предмет, задачи и особенности патопсихологического исследования.

2. Основные методики патопсихологической диагностики.

3. Анализ результатов патопсихологического исследования и правила составления заключения медицинского психолога. Отличие психологического диагноза от медицинского.

4. Виды патопсихологических синдромов (по В.М. Блейхеру).

ПРЕДМЕТ, ЗАДАЧИ И ОСОБЕННОСТИ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Совершенно очевидно, что медицина так же нуждается в данных прикладной психологии, равно как и теорию психологии обогащает медицинская практика. Общая теория медицины неразрывно связана с общими психологическими концепциями. Медицине и психологии присущи общие методологические принципы, а также общие проблемы, выходящие за пределы сугубо медицинской проблематики: соотношение биологического и социального в деятельности человека, связь между психикой и деятельностью мозга, психосоматические и соматопсихические взаимовлияния, проблемы нормы и патологии, соотношения между сознанием и неосознаваемыми формами психической деятельности.

О значении психологии для медицины, в частности для изучения деятельности головного мозга при различных заболеваниях, писали еще И.М. Сеченов и И.П. Павлов. Изучением психологических аспектов патологических состояний, стойких изменений, отклонений развития, объединенных общим термином *«патос»*, занимается **патопсихология.** Она является разделом медицинской психологии, науки, возникшей на стыке медицины и психологии. Патопсихология – относительно молодая наука, а потребность же в ней крайне велика. Она, прежде всего, нужна психиатрам, клиническим психологам, дефектологам, педагогам, юристам, реабитлитологам. Особенно важное значение приобретают знания в области патопсихологии для специалистов, проводящих экспертную работу – судебно-психиатрическую, судебно-психологическую, военную, трудовую. Патопсихолог должен не только снабдить другого специалиста

имеющими диагностическое значение данными, но и представить *психологическую структуру* обнаруженных им *изменений психической деятельности*, с которой связано возникновение патопсихологических симптомов. Именно психологическая структура изменений психической деятельности, которые являются предвестниками более грубых психических нарушений, уже укладывающихся в рамки конкретных психических заболеваний, и составляет предмет изучения патопсихологии.

Понятие *патопсихологии* в связи со сходством и единством образующих эти слова корней иногда отождествляется с понятием *психопатологии*. Патопсихология исследует структуру нарушений психической деятельности, закономерности ее распада в их сопоставлении с нормой, при этом она дает классификацию психопатологических явлений в понятиях современной психологии. Она изучает психические расстройства методами психологии.

Психопатология же является наукой сугубо медицинской, *разделом психиатрии*. Она оперирует главным образом клиническими понятиями и занимается описанием признаков психического заболевания в динамике, в течении болезни. Психопатология оперирует медицинскими понятиями (этиология, патогенез, симптом, синдром).

Патопсихология так же, как и психопатология, изучает закономерности развития психической болезни, но предметом ее исследования является не закономерность смены симптомов, а определенное (именно психологическое!) звено в структуре образования признаков болезни, т.е. то, что предшествует психопатологическим образованиям в развитии заболевания. Патопсихология – необходимое звено, чтобы человек стал психически больным. Психопатология, в основном, прибегает к клинико-описательному методу.

Поводом для утверждений о том, что психопатология и патопсихология являются одной и той же наукой, иногда, очевидно, служит то обстоятельство, что и патопсихология и психопатология имеют дело с одним и тем же объектом – *нарушениями психической деятельности*. Однако, изучая одни и те же проявления нарушений психики, например – *разорванность мышления* или *резонерство*, патопсихологи исследуют их психологическую структуру, а психопатологи дают клиническое описание этих признаков, прослеживают особенности их возникновения и связь с другими наблюдаемыми в клинике расстройствами мышления.

Особенностью патопсихологического исследования является то, что он существенно отличается от других видов эксперимента, применяемых в медицине, например в физиологии, биохимии, микробиологии. **Патопсихологический эксперимент – это искусственное создание условий, выявляющих те или иные особенности психической деятельности человека в ее патологии** (поскольку речь идет о патопсихологии). Для такого эксперимента характерно вызывание психических процессов в строго определенных условиях, учитываемых исследователем, и возможность изменения течения этих процес-

сов по заранее намеченному плану. Б.В. Зейгарник приравнивала патопсихологический эксперимент к широко используемым в соматической медицине функциональным пробам, с помощью которых врачи обычно определяют состояние функции того или иного внутреннего органа. Роль специфической «нагрузки» в патопсихологическом эксперименте принадлежит экспериментальным заданиям, выполнение которых требует задействования умственных операций, обычно используемых человеком в своей жизнедеятельности. Таким образом, психическая деятельность больного исследуется в связи с ситуацией эксперимента.

Основными задачами патопсихологического исследования являются:

1. **Получение данных для диагностики.** Данные эти носят вспомогательный характер и их ценность обнаруживается при сопоставлении с результатами клинического наблюдения и в ряде случаев с результатами других лабораторных исследований (например, электроэнцефалографии).

Понятно, что патопсихолог не может ставить перед собой задачу постановки диагноза в каждом отдельном случае в связи с получаемыми им данными психологического исследования. Нозологический диагноз – это задача клинициста-психиатра, который для решения ее как раз и должен правильно оценивать результаты патопсихологического исследования. Патопсихолог всегда должен помнить о том, что конечная цель комплексного обследования (психиатр + психолог + методы психологической и другой диагностики) – это постановка диагноза. Обнаруженные патопсихологом особенности психической деятельности больного именно в этом отношении представляют особый интерес.

Нередко патопсихологическое исследование способствует раннему выявлению симптомов психического заболевания, что позволяет своевременно начать активное лечение. Например, в клинической картине невроза патопсихолог при специальном исследовании находит характерные для шизофрении расстройства мышления и эмоциональности. Или, при начальных признаках мозгового органического заболевания патопсихолог обнаруживает изменения психических процессов, позволяющие установить сосудистую, опухолевую или атрофическую природу заболевания.

2. **Исследование динамики психических нарушений в связи с проводимой терапией.** Патопсихологические исследования – объективный показатель влияния лечения на течение болезни, что важно для последующих реабилитационных мероприятий и имеет известное прогностическое значение.

3. **Участие в экспертной работе.** Психологические исследования имеют важное значение в проведении различных экспертиз: *судебно-психиатрической, военной, трудовой* и др.

В судебной практике важно установление не только диагноза психического расстройства, аффективного состояния, но и степени выраженности психического дефекта, например, при олигофрении, эпилепсии. Важна также оценка степени достоверности показаний подозреваемого в преступлении. Особенно

возрастает роль психолога при отсутствии у обследуемого психического заболевания. Для понимания характера совершенного преступления важно изучение структуры мотивов и потребностей человека, присущей испытуемому системы отношений, его установок, ценностных ориентаций, внутренней психологической структуры личности. Объектами психологической экспертизы нередко становятся потерпевшие и свидетели.

Исключительно важна роль психологического исследования при решении вопросов военной экспертизы, где речь идет о диагностике нерезко выраженных форм олигофрении, стертых проявлений шизофрении, расстройств личности, неврозов, последствий органических поражений головного мозга.

В трудовой экспертизе клинический психолог не только обнаруживает признаки заболевания, но и показывает, как далеко оно зашло, насколько снижена трудоспособность обследуемого, имеются ли сохранные элементы в его психике, которые могли бы быть использованы для стимулирования механизмов компенсации психического дефекта при трудоиспользовании больного.

В детской психиатрии психологические исследования необходимы для решения вопроса о том, где следует учиться ребенку – в массовой или специальной школе. Помещение ребенка с дебильностью в массовую школу не только отрицательно сказывается на построении педагогического процесса, но и травмирует его психику. И наоборот, попадание здорового ребенка (например, при педагогической запущенности) на учебу в школу для умственно отсталых крайне негативно влияет на его дальнейшее функционирование и развитие.

4. **Участие в реабилитационной работе.** Современная психиатрия особое значение придает индивидуальной работе по реабилитации и ресоциализации больных. Важно восстановить положение больного в обществе – в семье, на производстве. Задача патопсихологического исследования – выявить сохранные элементы эмоционально-личностной жизни и интеллектуальной деятельности.

5. **Участие в психотерапии.** Эта работа проводится совместно с психиатром и включает следующие задачи: диагностика психического заболевания; обнаружение таких личностных свойств больного, которые впоследствии будут использованы при психотерапии; налаживание продуктивного контакта с больными; исследование интеллектуальных возможностей; выбор методик психотерапии; показ больному известной сохранности его психических функций с целью изменения его самооценки.

Что же отличает патопсихологический эксперимент (исследование больных пациентов) и экспериментально-психологическое исследование психически здоровых лиц? Различия довольно существенны:

1. Патопсихолог обследует пациента, страдающего психическим заболеванием. Это сказывается на технике проведения эксперимента, его продолжительности, необходимости учета отношения обследуемого к ситуации эксперимента. В ряде случаев экспериментатор в ходе опыта, в связи с выявляющимися при

этом особенностями поведения больного, вынужден существенно изменять свою тактику, вводить другие, не предполагавшиеся раньше, методики и т.п.

P. Fraisse (1966) в качестве основного принципа любого психологического эксперимента выделяет необходимость проверки существования связи между рядами факторов. При этом фактор, изменяемый экспериментатором, называется независимой переменной, фактор, изменяющийся под влиянием независимой переменной, называется зависимой переменной. P. Fraisse соответственно различает два вида психологического эксперимента: **спровоцированный эксперимент и эксперимент, на который ссылаются.**

Наиболее часто психологи пользуются спровоцированным экспериментом, который, по мнению P. Fraisse, является самым классическим: *экспериментатор воздействует на независимую переменную и наблюдает вызванные его вмешательством результаты.* Об эксперименте, на который ссылаются, говорят в тех случаях, когда *изменение независимой переменной происходит вне какой-либо связи с деятельностью экспериментатора.* Типичным примером эксперимента, на который ссылаются, является наблюдение за проявляющимися нарушениями психической деятельности при повреждении мозга или психических заболеваниях. Своеобразие этих случаев заключается в том, что в отличие от обычного, спровоцированного, эксперимента, при них экспериментатор получает возможность наблюдать серьезные и нередко необратимые изменения независимой переменной.

2. Патопсихологический эксперимент в большинстве случаев – это одновременно спровоцированный эксперимент и эксперимент, на который ссылаются.

Выделяют три способа видоизменения условий, влияющих на психическое состояние обследуемого и уменьшающих либо увеличивающих присущие больному психологические изменения:

- *изменение ситуации, в которую на время опыта помещается больной;*
- *специальное варьирование деятельности больного;*
- *изменение состояния психических процессов у больного достигается введением определенных фармакологических препаратов.*

Возможно использование сочетания этих условий. Так, можно исследовать состояние внимания у больного в абсолютной тишине либо в обстановке специально воспроизводимых шумов. Сопоставление результатов снабдит исследующего более полной и разносторонней характеристикой функции внимания у обследуемого. Исследование памяти по методу заучивания десяти слов можно сочетать с введением стимулирующих и тормозящих деятельность коры большого мозга препаратов (брома, кофеина).

3. Патопсихолог должен представлять отношение обследуемого к ситуации исследования, цели и мотивы его деятельности в процессе выполнения экспериментальных заданий и постоянно сопоставлять с ними получаемые при исследовании результаты. При этом он не должен забывать, что в зависимости от цели исследования мотивы, которыми руководствуются исследующий и

исследуемый, не всегда совпадают, особенно при экспертной направленности исследования.

ОСНОВНЫЕ МЕТОДИКИ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

На вооружении патопсихологов находится множество экспериментальных методик, с помощью которых исследуются особенности психических процессов и состояний (приложения № 3 и 4). Они характеризуются направленностью на звенья психических процессов. В патопсихологических методиках воссоздаются конкретные ситуации. Разрешение их требует от обследуемого определенного вида деятельности, изучение которого и является целью проводимого исследования. В психологическом эксперименте моделируется некая проблемная ситуация, требующая раскрытия, так как отдельные, входящие в эту ситуацию элементы находятся в неадекватных соотношениях. Решение экспериментального задания сводится к раскрытию взаимоотношений между элементами проблемной ситуации в результате ее анализа и к поискам адекватного способа приведения составных частей ситуации в соответствие.

Разделение патопсихологических методик на *качественные* и *психометрические*, т.е. служащие для измерения тех или иных психических функций, необоснованно. Дело в том, что методики, направленные на выявление качественных закономерностей психической деятельности больных, доступны в большинстве случаев статистической обработке. Использование же психометрических тестов без качественного анализа получаемого с их помощью материала неправомерно и приводит к ошибочным выводам.

Также весьма условно и деление экспериментально-психологических методик на словесные (вербальные) и предметные (невербальные). Даже пользуясь невербальной методикой, исследующий, как правило, не ограничивается регистрацией полученных результатов, он путем расспроса старается выяснить у больного мотивы, которыми он руководствовался, выполняя задание, интересуется его рассуждениями по поводу проделываемой им в процессе обследования работы. Кроме того, следует учитывать, что в выполнении заданий по невербальным методикам неизменно участвует система процессов внутренней речи обследуемого.

Разделение методик в соответствии с их направленностью на исследование той или иной психической функции также является условным. Как правило, большинство методик свидетельствуют своими результатами о состоянии нескольких функций. Большинство патопсихологических методик обладают широким диапазоном. **Нельзя ограниченно исследовать только память, только внимание, только мышление.**

С другой стороны, существуют группы патопсихологических методик, имеющих общую направленность. Так, особенности течения ассоциаций

обнаруживаются при исследовании методиками *классификации, исключения, в ассоциативном эксперименте, пиктограммах.*

Один и тот же психический дефект может обнаруживаться при исследовании различных проявлений психической деятельности обследуемого – так, эмоциональное уплощение может выступить при исследовании столь различными методиками, как *проба на запоминание, пиктограммы, с помощью картинок с эмоциональным подтекстом,* при определении *уровня притязаний.* Повышенная истощаемость определяется при исследовании *таблицами Шульте, Крепелина, в корректурной пробе, при образовании аналогий* и т.д.

Из вышесказанного вытекают два принципа подбора экспериментально-психологических методик. Во-первых, **сочетание методик**, позволяющих более полно и всесторонне исследовать какие-либо проявления психической деятельности. Например, при исследовании памяти употребляются пробы на заучивание искусственных звукосочетаний, слов и ассоциативных пар слов. Применяются методики, позволяющие судить о кратковременной и долговременной памяти, о непосредственном и опосредованном запоминании и т.д. Во-вторых, **сочетание близких по направленности методик** позволяет судить о достоверности, надежности полученных результатов. Данные, получаемые в клинико-психологическом эксперименте с помощью одной методики, всегда желательно подтвердить результатами, полученными с помощью других методик.

При выборе для исследования той или иной методики следует помнить, что направленность ее может измениться даже при незначительном на первый взгляд видоизменении инструкции. Так, Т.И. Тепеницына (1967), изучая психологическую структуру резонерства, установила, что количество резонерских суждений, выявляемых в эксперименте, увеличивается при изменении направленности инструкции, при которой актуализируется, усиливается личностно оценочная позиция больного. При выяснении понимания смысла пословиц и поговорок наряду с обычной инструкцией (как вы понимаете смысл пословицы?) автор задавал вопрос и в несколько иной форме (как вы относитесь к пословице?). Часто одного этого изменения инструкции было достаточно, чтобы спровоцировать резонерство.

Из большого количества патопсихологических экспериментальных методик следует пользоваться их **ограниченным** числом. Обычно для обследования одного больного достаточно **8-9 методик**, выбираемых в соответствии с задачами исследования. Качество патопсихологического исследования в значительной мере зависит от того, какое количество методик имеется в арсенале исследующего. Чем их больше, тем достовернее результаты. Данные, получаемые различными методиками, будут всесторонне характеризовать особенности психической деятельности обследуемого и в ряде случаев подтверждать друг друга.

В выборе методик патопсихологического исследования могут играть существенную роль следующие обстоятельства.

1. **Цель исследования** – дифференциальная диагностика (в зависимости от предполагаемых заболеваний), определение глубины психического дефекта, изучение эффективности лечения. Там, где предполагается шизофренический процесс, применяются одни методики исследования, при обследовании больного эпилепсией с целью установления выраженности интеллектуально-мнестических расстройств – другие.

2. **Образование больного и его жизненный опыт.** Например, недостаточно грамотному испытуемому не следует давать задания по методике образования сложных аналогий.

3. Иногда существенную роль играют **особенности контакта с больным**. Так, нередко приходится обследовать больного с нарушением деятельности слухового или зрительного анализатора. При глухоте максимально используются задания, рассчитанные на зрительное восприятие. Даже в пробе на запоминание слова испытуемому не зачитываются, а предъявляются в письменном виде. При плохом зрении, наоборот, все методики варьируются для слухового восприятия.

В процессе исследования методики обычно применяют **по возрастающей сложности** – от более простых к сложным. Исключение составляет обследование испытуемых, от которых ожидают аграввации или симуляции. В этих случаях иногда более трудные задания выполняются нарочито неверно.

Большинство патопсихологических методик отличается **простотой**. Для проведения исследования с их помощью необходимо лишь заготовить таблицы, рисунки. Работу патопсихолога облегчает наличие в лаборатории отпечатанных типографским способом таблиц, бланков.

Для обследования больного нельзя применять методику, приемами проведения которой исследующий не овладел в достаточной мере. Особого внимания требует введение в работу психофизиологических лабораторий уже известных оригинальных методик или их модификаций. В этих случаях должна быть уточнена не только теоретическая возможность применения данной методики, но и необходимо ее апробировать на статистически достоверной группе обследуемых для подтверждения правильности предположения о направленности этой методики на изучение тех или иных психических процессов и надежности получаемых с ее помощью результатов.

Эффективность того или иного метода психологического исследования в патопсихологическом эксперименте определяется теми же понятиями, что и в других экспериментально-психологических исследованиях: **надежности** (точность, стабильность результатов при повторном исследовании в тех же условиях), **валидности** (обоснованности), насколько психологический метод измеряет действительно то, что он должен изучать и измерять, и насколько хорошо он выполняет эту задачу.

В проведении патопсихологического исследования можно различить несколько этапов:

1. Осуществляется клиницистами еще до знакомства психолога с больным. Это о **формулировке клинической задачи**. Врач решает вопрос о том, насколько полезным в данном конкретном случае может оказаться патопсихологическое исследование. С задачей знакомится патопсихолог. В беседе с лечащим врачом он уточняет интересующие его особенности течения заболевания, возможные дифференциально-диагностические предпосылки постановки диагноза.

2. Беседе с больным предшествует **ознакомление** патопсихолога **с материалами истории болезни**. Отсутствие в ней интересующих психолога данных заставляет его собирать дополнительные сведения (анамнез). Для психолога представляет интерес не только анамнез, но и особенности течения болезни, результаты других лабораторных исследований: биохимических, серологических, электрофизиологических, офтальмологических.

Затем следует тщательное ознакомление с записью о психическом статусе больного в истории болезни и сопоставление этих материалов с тем, что психолог наблюдает в лаборатории.

Это очень важно: несоответствие психического состояния больного в отделении по записям врача его поведению в лаборатории дает психологу основания иногда уже в начале исследования предположить симулятивное поведение или аггравацию со стороны обследуемого и соответствующим образом строить эксперимент. Так, иногда обследуемый по дневниковым записям обнаруживает живой темп психомоторики, а в условиях лаборатории демонстрирует резкое замедление сенсомоторных реакций (очень часто при симуляции и аггравации особенно плохими оказываются результаты в пробах, проведение которых сопровождается регистрацией времени).

Состояние больного играет очень важную роль в успешном проведении исследования. Перед началом эксперимента необходимо убедиться в отсутствии каких-либо интеркуррентных соматических заболеваний. Препятствием для исследования является получение больным психотропных средств (следует оговорить возможность проведения обследования больного, получившего воздействующие на течение нервных процессов лекарства, в тех случаях, когда это предусмотрено задачей психологического эксперимента). Нежелательно проведение исследования *после бессонной ночи, физического переутомления, при чувстве голода или, наоборот, непосредственно после еды.* Повторные исследования желательно проводить в то же время дня, что и первичные.

Ознакомление с историей болезни и состоянием больного позволяет исследующему уточнить задачу, поставленную перед ним клиницистами, и наметить предварительный план исследования – выбор методик, очередность их применения.

3. **Беседу с больным** начинают с расспроса паспортных данных. Так составляется первое суждение о памяти больного (мнестической функции). В дальнейшем в беседе уточняется состояние памяти (кратковременной и долговременной), его внимания, характеризуется состояние сознания. Определя-

ется ориентировка больного *во времени, месте и собственной личности*, как хорошо он помнит даты собственной жизни и общеизвестных исторических событий. Эти вопросы должны быть заданы в ходе непринужденной, естественной беседы и ни в коем случае не должны напоминать экзамен, определяющий психическую полноценность больного.

В тех случаях, когда предполагаются расстройства памяти, обязательно надо выяснить, как сам больной оценивает свою память. В беседе выявляется наличие или отсутствие сознания болезни, отношение больного к помещению его в психиатрическую больницу и к факту проведения патопсихологического исследования. При этом больному необходимо разъяснить желательность такого исследования, исходя из его интересов (уточнение диагноза, назначение лечения и т.п.), никогда не ссылаясь на необходимость определения уровня умственной деятельности обследуемого. **Важно:** *психически больные гораздо охотнее соглашаются на исследование памяти, внимания, сенсомоторики, чем умственной деятельности.*

В беседе с больным выясняются и особенности его личности до заболевания, оценка им своего самочувствия и своей работоспособности в процессе болезни. Определяется его культурный уровень, образованность, эрудиция, круг интересов, потребности.

4. Выполнению задания по каждой методике предшествует **инструкция.** Она составляет часть общего определения экспериментальной ситуации и должна обеспечивать сотрудничество обследуемого с экспериментатором. От инструкции зависит во многом, как обследуемый понимает задание и оценивает отношение к этому заданию со стороны обследующего. Небрежно поданная и нечетко оформленная инструкция может явиться причиной плохих результатов выполнения задания обследуемым, который либо плохо понял, что от него требуется, либо считает, что экспериментатор сам относится к ситуации эксперимента формально.

Инструкция должна быть отработанной («обкатанной»), предварительно испытанной и лаконичной, соответствовать умственным возможностям обследуемого. Инструкция составляется так, чтобы избежать возможности ее разноречивого понимания. В некоторых случаях в начале работы по методике инструкцию следует «подкрепить» одним-двумя примерами.

Результаты исследования не следует оценивать лишь как успешные или неуспешные. Если больной не справляется с заданием, следует выяснить причину этого, так как иногда в основе неудачного решения лежат смущение, неуверенность в своих возможностях, недостаточно четко понятая инструкция. Для оценки результатов важно определить, насколько эффективной оказывается помощь исследующего. Принимается ли она исследуемым или отвергается («сопротивление инструкции») в силу негативистических проявлений?

5. Выполнение патопсихологического исследования. Необходима как можно более полная и точная запись исследующим обстоятельств проводимо-

го эксперимента. По словам A. Bineta (1910), для проведения экспериментально-психологического исследования требуется лишь **перо, немного бумаги и много терпения.** Он имел в виду не только частоту применения так называемых карандашно-бумажных тестов, но и указывал на такое неотъемлемое условие проведения эксперимента, как *тщательное протоколирование*. Иногда после исследования в протоколе можно найти указания на своеобразные изменения мышления или личностной позиции больного, которые прошли незамеченными во время опыта. Особенно важно точно регистрировать рассуждения обследуемого по поводу решения предложенных ему заданий. Мотивировка решения нередко дает больше материала для выводов, чем одна регистрация его. Протокол, кроме того, позволяет иллюстрировать заключение исследующего конкретными фактами. Правильное ведение протокола исследования позволяет впоследствии строить обобщения по проделанной обследованным работе.

Протоколы исследований лучше вести на отдельных листах, которые затем скрепляются. В начале протокола идут его номер по регистрационному журналу, дата, обозначается отделение и указывается фамилия и инициалы больного. В журнале, помимо этих сведений, отмечается возраст обследуемого, диагноз, а также указывается, первичное это исследование или повторное. Желательно также вести алфавитную книгу по годам, которая поможет при необходимости найти протокол предыдущего обследования данного больного. Протоколы хранятся в хронологическом порядке.

Обычно патопсихологические исследования психически больных производятся без какой-либо сложной аппаратуры, и это существенно уменьшает ту искусственность, которая возникает при применении в лаборатории специального оборудования, сложных устройств, кабин и приближает исследование к «естественному эксперименту». По определению А.Ф. Лазурского (1925), естественный эксперимент – это попытка совместить произвольное вмешательство, являющееся характерным признаком всякого эксперимента, в психическую жизнь человека со сравнительной простотой и естественной обстановкой опыта.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И ПРАВИЛА СОСТАВЛЕНИЯ ЗАКЛЮЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА. ОТЛИЧИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА ОТ МЕДИЦИНСКОГО

Крайне важен заключительный этап исследования – анализ полученных в эксперименте фактов, их обобщение и подготовка заключения. Оно должно отражать качественные особенности течения психических процессов у обследуемого. При этом важна не столько характеристика данных, полученных с

помощью отдельных методик, сколько *умение обобщить их, выделять основные нарушения психической деятельности.* Заключение всегда должно быть ответом на вопрос, который поставлен клиницистом перед патопсихологом.

Результаты патопсихологического эксперимента имеют самостоятельное значение. Важно их правильно клинически квалифицировать. Выделяется три этапа проведения патопсихологического эксперимента, представляющие собой последовательное превращение психологических данных в клиническое заключение:

- больному предъявляется любая психологическая проба, чем создается собственно экспериментальная ситуация (ориентировочный этап исследования). Таким образом исследующий получает характеристику ряда общих данных относительно темпа, объема и переключаемости психических процессов;
- патопсихолог переходит к поиску таких психологических проб, в выполнении которых с наибольшей вероятностью должна проявиться психологическая структура нарушения. Таким образом, здесь исследующий стремится найти наиболее специфические для определенной болезни (в зависимости от сформулированной клинической задачи) методики экспериментального исследования;
- сопоставление результатов, использованных при исследовании психологических проб (здесь уже собственно нозологическая квалификация полученных в эксперименте данных уже выходит за рамки работы патопсихолога и осуществляется путем сопоставления обнаруженной в эксперименте структуры психического дефекта с клинической картиной заболевания).

Форма заключения не может быть единой. Как само исследование не может быть стандартным, так не может быть и стандартов составления заключения. В значительной мере характер заключения зависит и от индивидуальных свойств патопсихолога и его рабочей нагрузки. Этими факторами, например, определяется *лаконичность* или *обстоятельность* заключения.

Заключение не должно быть повторением, даже сжатым, протокола обследования. В ряде случаев важно коротко охарактеризовать психическое состояние обследуемого, предъявляемые им жалобы. Это особенно важно, когда психическое состояние больного в лаборатории отличается от описываемого лечащим врачом в отделении, либо при обнаружении известного контраста между самочувствием больного и результатами исследования.

Пример: обследуемый предъявляет жалобы астенического характера, но в эксперименте не обнаруживается соответствующих им проявлений истощаемости, ослабления памяти, активного внимания.

Регистрация психического состояния обследуемого важна и в тех случаях, когда этим можно объяснить характер полученных результатов. В заключении

отмечаются особенности поведения больного, обусловленные ситуацией исследования, его отношение к нему. Обязательно регистрируется наличие компонентов так называемого установочного поведения (оно не всегда является признаком симуляции или аггравации и наблюдается в рамках психогенных состояний, особенно при наличии истерической симптоматики).

Установочное поведение часто ставит под сомнение достоверность результатов исследования (в отличие от обычного проведения исследования не следует предлагать задания по степени нарастания трудности, а необходимо проводить исследование повторно и иногда с интервалами в несколько дней).

В заключении нельзя ограничиваться перечнем применявшихся в процессе исследования методик и регистрацией факта выполнения или невыполнения обследуемым предложенных ему заданий. На основе анализа данных эксперимента необходимо выделить ведущие патопсихологические особенности аналогично тому, как психиатр «вычленяет» в клинической картине заболевания преобладающий синдром. По аналогии этого патопсихолог в структуре психического дефекта обследуемого «ищет» патопсихологический синдром.

В заключении указываются обнаруженные при исследовании особенности памяти, внимания обследуемого, темп его сенсомоторных реакций, отсутствие или наличие признаков повышенной истощаемости психических процессов, характер эмоционально-личностных проявлений.

Иногда не меньшую роль может играть констатация патопсихологом отсутствия у обследуемого тех или иных психических расстройств:

Например, при дифференциальной диагностике между неврозом и неврподобным течением шизофрении либо между психопатией и шизофренией с психопатоподобными проявлениями представляется важным то обстоятельство, что в эксперименте не обнаруживаются характерные для шизофрении нарушения мышления и аффективно-личностные изменения.

Все это в целом создает картину структуры особенностей психической деятельности обследуемого, правильная квалификация которой облегчает работу психиатра в постановке диагноза. Заключение патопсихолога не должно быть категоричным, так как психологический эксперимент является вспомогательным в клиническом обследовании психически больного и дополняет характеристику психического статуса больного.

Характер заключения зависит и от поставленной перед исследователем задачи. Так, при повторяемых в процессе лечения больного исследованиях основное внимание уделяется сравнению обнаруживаемых результатов. Например, повторно обследуя больного с соматогенной астенией, мы обращаем особое внимание на изменение выраженности у него по мере лечения явлений повышенной истощаемости. Иную задачу ставит перед патопсихологами

судебно-психиатрическая экспертиза. Например, диагноз олигофрении у испытуемого клинически несомненен, но требуется не только зафиксировать у него в эксперименте недостаточность уровня обобщения, но и определить более точно степень выраженности интеллектуального дефекта. Последнее иногда крайне трудно сделать, руководствуясь лишь клиническими признаками, а для экспертного решения точное установление уровня недостаточности процесса обобщения играет очень важную роль. Ответы на эти вопросы и должно содержать заключение.

Заключение патопсихолога – это выделение основного патопсихологического синдрома у обследуемого. Этим то и отличается «психологический диагноз» от диагноза психиатра (медицинского), который выставляется в строгом соответствии с критериями диагностики последней международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). Заключение психиатра – это название конкретной болезни, заключение патопсихолога – это синдром, отражающий структуру нарушений психической деятельности, который является подспорьем врачу в вынесении его окончательного решения.

Патопсихолог дает ответ на вопрос: Как нарушено протекание (структура) самих психических процессов, приводящих к проявлениям психической болезни? Если психопатолог констатирует наличие в клинической картине тех или иных симптомов или синдромов психической патологии и специфику их течения, то патопсихолог свое исследование направляет на раскрытие и анализ определенных компонентов мозговой деятельности, ее звеньев и факторов, выпадение которых является причиной формирования наблюдаемой в клинике симптоматики. Это различие между психопатологическими и пато-психологическими синдромами вытекает из выше описанной разницы между психопатологией и патопсихологией, отражает специфику присущих этим двум областям знаний методов – клинико-описательного, которым пользуется психопатология, и экспериментально-психологического, взятого на вооружение патопсихологией.

ВИДЫ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ (по В.М. Блейхеру).

В патопсихологии под *синдромом* понимают *патогенетически обусловленную общность симптомов, признаков психических расстройств, внутренне взаимообусловленных, взаимосвязанных.* В этом заключается большая диагностическая значимость синдромов по сравнению с симптомами. В диагностическом мышлении врача правильная квалификация синдрома является подступом к определению нозологической принадлежности заболевания.

Психопатологические (клинические) синдромы по своим особенностям существенно отличаются от патопсихологических. Это различие обусловлено

различными уровнями функционирования центральной нервной системы, на которых эти синдромы выделяются. В системе иерархии мозговых процессов различают следующие уровни:

- **патобиологический** (характеризуется нарушениями морфологической структуры тканей мозга, протекания в них биохимических процессов);
- **патофизиологический** (заключается в изменении течения физиологических процессов);
- **пато- и нейропсихологический** (характерно нарушение протекания психических процессов и связанных с ними свойств психики);
- **психопатологический** (проявляется клиническими синдромами и симптомами психической патологии).

Можно проследить следующую «цепочку» возникновения психопатологии. Вначале нарушается морфологический субстрат головного мозга, и возникают присущие этому изменения протекания биохимических процессов, что приводит к нарушению физиологических процессов. Это приводит к выпадению важных звеньев функционирования психики (например, мышления), прижизненно сформированных на основе физиологических процессов (например, отражения). А это, в свою очередь, приводит к нарушениям отражения центральной нервной системой больного человека сигналов из окружающей среды. Психопатологический симптом, таким образом, является завершающим этапом сложной патогенетической цепи.

Синдромы психопатологии являются опосредованным выражением сложившихся нарушений психической деятельности, тогда как патопсихологические синдромы, относящиеся к более низкому уровню вертикальной иерархии формирования психических функций в норме и патологии. Они в значительно большей мере отражают непосредственные, присущие этим нарушениям, причинно-следственные взаимоотношения. Сущность психопатологических синдромов не может быть понятна без патопсихологического и патофизиологического анализа лежащих в их основе явлений, и, в свою очередь, изучение патопсихологических синдромов невозможно без четкого клинического отграничения объекта исследования.

Первую попытку выделения обобщенных патопсихологических синдромов предпринял **И.А. Кудрявцев** в 1982 г. Автор выделил следующие патопсихологические симптомокомплексы (синдромы): шизофренический, органический, олигофренический, психопатический и симптомокомплекс психогенной дезорганизации (характерен для реактивных психозов). Это синдромы «обобщающего значения» – так называемые **регистр-синдромы**. Вместе с тем он указал, что не все отдельные симптомы нарушения психики, составляющие синдром, определяются в том или ином симптомокомплексе в *обязательном порядке* и с *обязательной степенью выраженности*. Вывод автора – важно **«ядро» патопсихологического синдрома.** Например, для шизофренического

синдрома – это нарушения селективности информации, для органического – снижение интеллектуальных процессов и умственной работоспособности, для психопатического – аффективная обусловленность поведения с некритичностью и завышенным уровнем притязаний, для синдромиа психогенной дезорганизации – реактивная дезорганизация умственной деятельности.

Регистр-синдромы – это ни что иное, как предварительная диагностика заболеваний. Их обобщающий характер указывает на определенный круг психических болезней, что облегчает психиатру задачу окончательной диагностики.

С учетом клинической практики **В.М. Блейхер** дополняет перечень регистр-синдромов, выделив в рамках органического экзогенно-органический и эндогенно-органический регистр-синдромы, а в рамках психогенного – психотический и невротический, а в круг эндогенных психозов, по мнению автора, можно говорить о шизофренном и аффективно-эндогенном регистр-синдромах.

Таким образом, патопсихолог может оперировать в своих диагностических заключениях следующим набором регистр-синдромов:

I – **шизофренический** (в клинике ему соответствует шизофрения);

II – **аффективно-эндогенный** (в клинике – маниакально-депрессивный психоз (биполярное расстройство) и функциональные аффективные психозы позднего возраста);

III – **олигофренический** (в клинике – олигофрения);

IV – **экзогенно-органический** (в клинике – экзогенно-органические поражения головного мозга – церебральный атеросклероз, последствия черепно-мозговой травмы, поражения вследствие токсикомании, инфекции, интоксикации и т.д.);

V – **эндогенно-органический** (в клинике – истинная эпилепсия, первичные атрофические процессы в головном мозге);

VI – **личностно-аномальный** (в клинике – акцентуированные и психопатические личности и обусловленные в значительной мере аномальной почвой психогенные реакции);

VII – **психогенно-психотический** (в клинике – реактивные психозы);

VIII – **психогенно-невротический** (в клинике – неврозы и невротические реакции).

Классификация регистр-синдромов важна для практики. Так, разграничение экзогенно- и эндогенно-органических их видов важно в дифференциальной диагностике истинной и травматической эпилепсии. Разграничение органического и олигофренического регистр-синдромов помогает уточнить природу и диагностику состояний, протекающих с интеллектуально-мнестическим снижением. Регистр-синдром – это *диагностически-информативная рекомендация* патопсихолога психиатру, заключающаяся в данных проведенного им исследования. Патопсихологические регистр-синдромы опосредованы клини-

чески, и их использование для интерпретации результатов патопсихологического эксперимента будет способствовать сближению позиций патопсихолога и психиатра.

Кстати, в Российской Федерации знание методов выявления и анализа типичных патопсихологических синдромов у больных различными формами психических заболеваний включено с **1993 г.** в Государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по специальности 521000 «Психология».

Лекция № 5
ПСИХИЧЕСКАЯ НОРМА И ПАТОЛОГИЯ: ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Вопросы:

1. Диагноз в психиатрии.

2. Клинические проявления нормы и патологии («принципы-альтернативы»). Современная классификация и основные виды психических расстройств (МКБ-10).

3. Психические заболевания: клинические и психологические характеристики пациентов.

4. Методы экспериментально-психологического исследования при отдельных психических заболеваниях.

ДИАГНОЗ В ПСИХИАТРИИ

В отличие от соматической (телесной) медицины оценка здоровья (диагноз) в психиатрии имеет особое социальное значение. К примеру, им во многом определяется возможность нахождения среди людей, выполнения социальных функций в профессиональном, семейном и личном плане, стигматизации больных в связи с психическим дефектом, степень социальной опасности и многое другое. «Плохая запись» врача психиатра в медкарте или истории болезни может лишить пациента благоприятной социальной перспективы. Это тем более актуально ввиду того, что такой тонкий объект как психика человека чрезвычайно ранима и изменчива, а эти изменения можно трактовать по-разному. **В. Гризингер** по этому поводу сказал: *«Психиатрия знает только совокупность симптомов, происхождение их знает только приблизительно, а механизма совсем не знает».*

Умозаключения психиатра, в том числе при выставлении диагноза, не исключают ошибки! Важно учитывать доказательность фактов наличия болезни, насколько они серьезны:

Например, «Мужчина убежден, что жена ему изменяет и свое убеждение «доказывает» следующим умозаключением: «Я убежден, что жена мне изменяет потому, что я застал ее в постели с другим мужчиной». Здоров ли он? Наверное, да. А если выдвигаются другие доказательства:

- *Я убежден, что жена мне изменяет потому, что в последнее время она стала использовать излишне яркую косметику…*
- *Я убежден, что жена мне изменяет потому, что она уже месяц отказывается от интимной близости…*
- *Я убежден, что жена мне изменяет потому, что она вставила новые зубы…*

Диагноз в психиатрии строится не на субъективной основе, когда считается, что «каждого человека можно признать душевнобольным, просто нужно его привести на прием к психиатру», а базируется на научных критериях. Парадоксально, но факт: риск неправильной оценки особенностей нормального мышления увеличивается при обследовании личности с высоким уровнем умственного развития, широкими знаниями в области философии, психологии, медицины.

Сегодня в психиатрии существует принцип **«презумпции психической нормальности»**, который опирается на следующие моменты: 1) Никто не может быть признан психически больным до постановки диагноза заболевания; 2) Никто не обязан доказывать отсутствие у себя психического заболевания. Вместе с тем, крайне важным представляется процесс своевременного выявления болезненных изменений психики – **диагностика**.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НОРМЫ И ПАТОЛОГИИ («ПРИНЦИПЫ-АЛЬТЕРНАТИВЫ»). СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ И ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (МКБ-10)

Диагностический процесс в психиатрии – это различение **нормы** и **патологии** в психической деятельности, **симптома** и **признака** имеющихся нарушений. Основа дифференциальной диагностики (различения) психологических особенностей от психопатологии (психических болезней) – точная феноменологическая оценка клинически наблюдаемого признака (феномена в узком понимании). Это позволяют сделать принципы разграничения *психологических феноменов* и *психопатологических симптомов,* так называемые **«принципы-альтернативы»:**

1. «Нозос-патос» (болезнь-патология). **Нозос** – болезненный процесс, динамическое, текущее образование. **Патос** – патологическое состояние, стойкие изменения, отклонение развития. Примером нозос может быть шизофрения, МДП, инволюционные (возрастные) психозы, патос – расстройства личности, дефектные состояния, аномалии развития.

В соответствии с этим принципом выделяют:

Психическую реакцию – кратковременный (не дольше 6 месяцев) ответ на какую-либо ситуацию или внешнее воздействие.

Психическое состояние – стойкий психопатологический синдром без склонности к развитию или регрессу (длительностью более 6 месяцев).

Психическое развитие – патологический процесс с внутренними закономерностями симптомообразования (например, патологическое развитие личности при эпилепсии).

Примером, объединяющим психические реакции, состояния, развития, как звенья одного процесса, может быть переход невротической ситуационной реакции в невроз, который затем может преобразоваться в невротическое развитие личности.

2. «Психотическое – непсихотическое».

Психоз (по определению **Фейхтершдебена**) – это психическое состояние, характеризующееся тяжелым нарушением: а) психических функций; б) контакта с реальной действительностью; в) дезорганизацией деятельности (обычно до асоциального поведения) и г) грубым нарушением критики. *Примером нарушений психотического уровня являются галлюцинации, бред, расстройства сознания, ментизм, разорванность и бессвязность мышления, амбивалентность, аутизм и др.*

Соответственно, непсихотические расстройства – симптомы и синдромы, сопровождающиеся: а) критикой, б) адекватной оценкой окружающей действительности (больной не смешивает собственные болезненные ощущения и фантазии с объективной реальностью), а в) поведение находится в рамках социально принятых норм. *Примером нарушений непсихотического уровня могут быть астенический, фобический синдромы, расстройства внимания.*

3. «Экзогенное-эндогенное-психогенное».

Экзогенный тип психического реагирования – психические реакции, состояния и развития, возникающие вследствие органических поражений ГМ. Органические (нефункциональные) причины в психиатрии – это непсихогенные причины, непосредственно воздействующие на ГМ человека: ЧМТ, сосудистые и инфекционные заболевания ГМ, опухоли, а также интоксикации.

Эндогенный тип психического реагирования – психические реакции, состояния и развития, вызванные внутренними наследственно-конституциональными причинами.

Психогенный тип психического реагирования – психические реакции, состояния и развития, вызванные психотравмирующим влиянием жизненных событий.

4. «Дефект-выздоровление-хронификация».

Вопрос: *Что остается после исчезновения явно психопатологических нарушений?* Ответ на этот вопрос дает представление об этих понятиях.

Дефект – продолжительное и необратимое нарушение любой психической функции. Главное здесь (в дефекте) – **негативные расстройства** в отличие от продуктивных (позитивных) психопатологических феноменов, например, психопатизации (тогда это будет уже не дефект, а изменение личности пациента).

Выздоровление – полное восстановление утраченных на время психического заболевания психологических функций.

Хронификация психических расстройств – продолжение преобладания в клинической картине болезни продуктивных (позитивных) психопатологических симптомов и синдромов.

5. «Адаптация-дезадаптация», «компенсация-декомпенсация».

Эти принципы позволяют рассматривать психические расстройства по их влиянию на социально-психологические функции. Главное здесь – степень совладания человека с имеющимися нарушениями.

Адаптация – процесс приспособления организма или личности к изменяющимся условиям и требованиям окружающей среды. Это – «смирение», «мирное сосуществование» с психическим расстройством. *Пример адаптации: пациент работает на производстве, к галлюцинациям есть критика, галлюцинации не сказываются на его поведении и качестве труда.*

Компенсация – состояние полного или частичного возмещения (замещения) нарушенных в связи с болезнью психических функций. Это активное преодоление психических расстройств посредством замещения утраченных функций иными, приемлемыми для организма и личности. *Пример компенсации: пациент олигофрен работает на доступном ему производстве или делает то, что ему удается; эпилептоидный психопат, задействуя базовые черты характера (педантизм, чрезмерную точность), работает бухгалтером.*

Соответственно, понятия «дезадаптация» и «декомпенсация» имеют противоположное значение понятиям «адаптация» и «компенсация».

6. «Негативное-позитивное».

Эти понятия используют для оценки психического процесса как активного, перешедшего в хронификацию или как устойчивого, не склонного к дальнейшему изменению, дефекта и изменения личности.

Продуктивные (позитивные, плюс-) симптомы – психопатологические проявления, которые являются **болезненной «надстройкой»** над здоровыми психологическими свойствами. Патологические симптомы как бы «плюсуются» к тому, что есть у человека.

Дефицитарные (негативные, минус-) симптомы – психопатологические проявления, соответствующие выпадению тех или иных психических процессов. Устраняется что-то, что было присуще человеку до болезни. Образно говоря, «болезнь крадет нормальные функции». *Примером могут служить аутизм, апатия, абулия, амнестические расстройства, деменция, изменения личности.*

Современная классификация и основные виды психических расстройств (МКБ-10)

На современном этапе развития медицины в Республике Беларусь для практического использования принята Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). Основные нозологические формы по классу V **«Психические расстройства и расстройства**

поведения» представлены в рубриках F00 – F99. Ниже перечисляются наиболее распространенные формы психических расстройств:

Шизофрения: F20.9.

Эпилепсия: G40.3.

Расстройства настроения (аффективные расстройства): F 30 – 39:

F 31: Биполярное аффективное расстройство

F 31.3: Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии.

F 31.4: Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов.

F 31.5: Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами.

F 32: Депрессивный эпизод

одиночный эпизод:

- депрессивной реакции
- психогенной депрессии
- реактивной депрессии

F 32.0 Депрессивный эпизод легкой степени

F 32.1 Депрессивный эпизод средней степени

F 32.2 Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов

F 32.3 Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами

F 32.8 Другие депрессивные эпизоды

F 32.9 Депрессивный эпизод неуточненный

F 33: Рекуррентное депрессивное расстройство

повторные эпизоды:

- депрессивной реакции
- психогенной депрессии
- реактивной депрессии
- сезонное депрессивное расстройство

F 33.0: Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени

F 33.1: Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени

F 33.2: Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени без психотических симптомов

F 33.3: Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами

F 33.4: Рекуррентное депрессивное расстройство, текущее состояние ремиссии

F 33.8: Другие рекуррентные депрессивные расстройства

F 33.9: Рекуррентное депрессивное расстройство, неуточненное

F 34: Устойчивые расстройства настроения (аффективные расстройства)

F 34.0 Циклотимия

F 34.1 Дистимия

F 39 Расстройство настроения (аффективное) неуточненное

Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40 – F48):

F40 Фобические тревожные расстройства

F40.0 Агарофобия

F40.1 Социальные фобии
F40.2 Специфические (изолированные) фобии
F40.8 Другие фобические тревожные расстройства
F40.9 Фобическое тревожное расстройство неуточненное

F41 Другие тревожные расстройства

F41.0 Паническое расстройство (эпизодическая параксизмальная тревожность)
F41.1 Генерализованное тревожное расстройство
F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство
F41.3 Другие сешанные тревожные расстройства
F41.9 Тревожное расстройство неуточненное

F42 Обсессивно-компульсивное расстройство.

F43 Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации

F43.0 Острая реакция на стресс
F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство
F43.2 Расстройство приспособительных реакций
F43.8 Другие реакции на тяжелый стресс
F43.9 Реакция на тяжелый стресс неуточненная

Следует заметить, что в психиатрии в течение многих лет использовались названия заболеваний, соответствующие старой классификации (МКБ-9). Написано много учебников, практических руководств, где применяются «старые» термины. Так, в обиходе может чаще использоваться название «психопатия» нежели современное «расстройство зрелой личности», или же «маниакально-депрессивный психоз» – вместо нынешнего «биполярного расстройства личности». Производные слова от «старых» терминов также имеют место в современной жизни. Скажем употребительное слово «маниакальность», не может быть заменено по смыслу термином «биполярность». Чаще используется слово «психопат», а не словосочетание «зрелый человек с расстройством личности». В связи с этим изложение лекционного материала по курсу медицинской психологии не исключает (для лучшего усвоения информации) использования более привычных для обывателя и чаще употребляемых «старых» терминов, к примеру – невроз, МДП и др.

ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ

НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (НЕВРОЗЫ).

Понятие «неврозы» введено с 1776 г. Для невроза характерны следующие **особенности:**

- *патологические нарушения являются обратимыми независимо от длительности;*
- *психогенное происхождение;*
- *наличие эмоционально-аффективных и соматовегетативных нарушений;*
- *всегда сохраняется критическое отношение к болезни.*

Неврозы могут вызываться разными причинами: чувством вины, фрустрацией, агрессией, недостатком или избытком информации, определяться характером профессии, событиями в жизни общества. Имеется определенная связь и с генетическим фактором.

В настоящее время выделяют 3 основные формы неврозов: **неврастению, истерию и невроз навязчивых состояний.**

Неврастения (*от греч. asthenos – слабый)* – слабость нервов. Имеет 3 стадии:

1) Нарушение активного торможения (проявляется в виде раздражительности и возбудимости).

2) Появление лабильности возбудительных процессов (раздражительная слабость).

3) Преобладание слабости, истощаемости, вялости, апатии, пониженного настроения, сонливости.

Слабость при неврастении выражается в постоянном чувстве усталости. При этом у больного возникает ощущение, как будто он совершал физическую работу. Появляются жалобы на головную боль, учащенное сердцебиение, боли в животе, расстройства половой сферы.

У больных отмечаются следующие признаки: нарушения сна, раздражительность, злоба, чувство «исчерпанности», вспышки гнева. Считается, что неврастенией чаще страдают люди, занимающие руководящие должности, так как на работе они пребывают в постоянном напряжении.

Истерия (*от греч. hystera – матка*). По МКБ-10 – диссоциативное (конверсионное) расстройство. Во времена Платона считалось, что эта болезнь связана с хождением матки по телу женщины (повод: значительно чаще истерия встречается у женщин). Однако в дальнейшем те же симптомы были обнаружены и у мужчин. При истерии отмечаются: головная боль, сердцебиения, эмоциональная возбудимость, припадки, напоминающие эпилептические. Выделяют симптомы истерии:

- **двигательные симптомы** (выражаются в размашистых движениях различного рода и функциональных параличах);
- **сенсорные симптомы** (отсутствие болевых реакций, истерическая слепота и глухота, отсутствие осязания, потеря вкуса или наоборот гиперестезии, зрительная или слуховая гиперчувствительность, непроходящая боль, перчаточная или чулочная гиперчувствительность, а также спастическое зажмуривание век, истерическая беременность, потеря голоса);
- **психические симптомы** (состояние возбуждения или апатии, гипермнезия или амнезия, экстазы, припадки, исступленность, истерический ступор, сумеречное состояние).

Невроз навязчивых состояний. По МКБ-10 – обсессивно-компульсивное расстройство. Его особенность в принуждении (чем больше больной сопротивляется этому принуждению, тем сильнее проявляются симптомы). Невроз навязчивых состояний проявляется: беспокойством (Закрыл ли двери квартиры?); стремлением к порядку (нарушение порядка вызывает беспокойство, а ритуалы снижают тревогу); строгим выполнением общественных обязательств (или у больных появляется чувство вины); применением разных оберегов для снижения уровней тревоги и страха.

Симптомы: навязчивые мысли, навязчивые действия, навязчивые страхи (фобии). Чаще других встречаются страх перед биологической или психологической смертью, перед загрязнением, боязнь острых предметов. Предпосылками страхов могут быть сексуальная неудовлетворенность, скрытая агрессивность, аморальное поведение.

Невротические расстройства – функциональные расстройства психической деятельности, возникающие как реакция на психотравмирующие события (конфликты) и обусловленные несовершенством механизмов психологической защиты и адаптационной несостоятельностью.

Психологическая характеристика больного неврозом.

Познавательные процессы:

- **ощущение и восприятие** – нарушения неспецифичны;
- **внимание** – специфических нарушений нет, возможны нарушения концентрации и устойчивости внимания, быстрая истощаемость и замедленность переключения внимания;
- **память** – нарушения неспецифичны, возможны нарушения механического запоминания, воспроизведения, страдает процесс забывания;
- **мышление** – нарушения неспецифичны, как правило, ассоциации не нарушены;
- **эмоции** – нарушения в виде депрессии, астении и слабодушия, страхов и фобий, ангедонии, тоски и тревоги, эмоциональные феномены чаще представлены обидой, разочарованием, аффектом недоумения, гневом;
- **воля и мотивация – преобладают** аномальные потребности невротика. K. Horney выделяет десять, вот некоторые из них: ***потребность в любви и одобрении*** («всеядность» в отношении объекта любви – желание быть любимым всем и каждым при полном безразличии к партнеру); ***потребность в поддержке, стремлении иметь сильного партнера, который избавит от страха и одиночества*** (невротик не уверен, что его любят и стремится заработать любовь, отсюда повышенная зависимость от объекта любви); ***потребность властвования, доминирования, лидерства*** (распространяется на все сферы жизни, хотя невротик объективно не обладает для этого всеми данными, при этом он хочет «все выше, и выше, и выше…, но боится ответственности за бремя власти); ***потребность в публичном признании, восхищении***, которые оши-

бочно становятся мерилом самоценности). В рамках мотивационного аспекта в развитии невроза можно указать на диссонанс между прогнозируемым и реальным результатами, что сначала ведет к интрапсихическому конфликту, затем – к неврозу;

- **интеллект** – нарушения неспецифичны, характерно, что у людей со средним интеллектом неврозы реже, чем у лиц с отклоняющимся от среднего уровнем интеллекта, в сторону более высокого и более низкого интеллекта;
- **сознание и самосознание** – сознание при неврозах всегда в норме. «Я» концепция характеризуется полярными качествами: ригидностью или нестабильностью образа «Я» и самооценок, низким уровнем самоуважения и самоприятия.

Кроме того, у невротиков – общая низкая способность к обучению и усвоению нового. «Потенциальный невротик» до болезни имел антиципационную несостоятельность – неумение предвосхищать события и действовать эффективно (как правило, он из антиципационной деятельности исключает нежелательные поступки и события, ориентируясь всегда лишь на желательные). Попадая в неспрогнозированную, неблагоприятную и вытесненную в связи с этим из *«ситуационного сценария»* жизненную коллизию человек оказывается в цейтноте времени для применения адекватного совладающего поведения.

У невротиков, как правило, внешний локус контроля. Они чрезвычайно зависимы от мнения и оценок значимых других, повышенно тревожны и уязвимы в ситуации неуспеха, даже в случае успеха избирают стратегию низких или средних целей, успех приписывают везению. Невротики не способны влиять на ход событий, что ввергает их в депрессию.

Для невротика характерен эгоцентризм и «потребительская» ориентация. ***E. Fromm:*** *«Если обладание составляет основу моего самосознания, ибо «Я» – это то, что я имею «то желание иметь должно привести к стремлению иметь все больше и больше» и далее «алчному всегда чего-то не хватает, он никогда не будет чувствовать полного «удовлетворения»... алчность не устраняет внутренней пустоты, скуки, одиночества и депрессии».* Иными словами потребности невротика не опредмечены, а существуют в форме навязчивого влечения.

Для невротика характерна трансформация (защитная мимикрия) – угроза фрустрации или нежелательных социальных санкций порождает потребности **«перевертыши»**, например, потребность в любви может выступить в сознании в виде враждебности, отвержения.

ШИЗОФРЕНИЯ

Шизофрения (*с греч. шизо – расщепляю, френио – душа*) – психическое заболевание, которое протекает с быстро или медленно развивающимися изменениями личности особого типа (снижение энергетического потенциала, прогрессирующая интравертированность, эмоциональное оскудение, искажение

психических процессов). Это наследственно-конституциональное, прогредиентное психическое заболевание, характеризующееся рядом патогномоничных психопатологических симптомов и синдромов.

Шизофрения – самое известное психическое заболевание. Часто итогом данного заболевания является разрыв прежних социальных отношений больного и значительная дезадаптация больных в обществе. К ней склонны люди любого возраста, но наиболее часто в возрасте с 15 до 25 лет. Чем раньше проявляется данное заболевание, тем более неблагоприятным является его прогноз.

«Симптомы 1-го ранга» (по Курту Шнайдеру):

- комментирующие и императивные вербальные псевдогаллюцинации;
- чувство «изымания» или «вкладывания» посторонними людьми мыслей в голову пациента;
- убежденность в том, что мысли пациента известны окружающим и передаются другими людьми как по радио;
- «вкладывание» в сознание пациента ощущений других людей, их бредовые идеи воздействия.

Выделяют несколько **форм течения** шизофрении:

- *непрерывно текущая шизофрения;*
- *приступообразно-прогредиентная (шубообразная);*
- *рекуррентная (периодическое течение).*

По **темпу течения** процесса:

- *малопрогредиентную:*
- *среднепрогредиентную;*
- *злокачественную.*

Выделяют различные **формы шизофрении:**

1. Шизофрения с навязчивостями.
2. Паронояльная шизофрения (отмечается бред преследования, ревности, изобретательства).
3. Шизофрения с астеноипохондрическими проявлениями (психическая слабость с болезненной фиксацией на состоянии здоровья).
4. Простая шизофрения.
5. Галлюцинаторно-параноидная.
6. Гебефреническая (отмечается дурашливое, речевое и двигательное возбуждение, повышенное настроение, разорванность мышления).
7. Кататоническая (характеризуется преобладанием двигательных нарушений).

Психологическая характеристика больного шизофренией.

Познавательные процессы:

- **ощущение и восприятие** – характерно обострение восприятия, наличие галлюцинаций, усиление яркости, насыщенности образов зрительного и слухового анализаторов. Нарушается процесс фильтрации поступающих сигналов в сторону увеличения их количества, что создает нерегулируемый поток сенсорных раздражителей. При шизофрении пациент не способен сортировать и интерпретировать поступающие сигналы, а также правильно реагировать на них;
- **внимание** – свойственны различия пассивного и активного внимания, нарушен механизм фильтрации и механизм настройки фильтра, имеется дефект в переработке информации;
- **память** – память в норме, кривая запоминания 10 слов в виде «плато»;
- **мышление** – изменения мышления патогномоничны: разорванность, резонерство, ментизм, шперрунг. Характерно искажение процессов обобщения – соскальзывание, разноплановость, конкретность, а также патологический полисемантизм (слова приобретают множественные значения, «расшатывается» смысловая структура слова. В начале шизофрении (малый дефект) наибольшее количество ошибок шизофренического типа определяет методика **«Классификация»,** методика **«Исключения понятий»** отклонений не находит. По мере углубления дефекта значимость методик уравнивается.
- **«Амотивационный синдром»** – нарушение побуждений и мотивации. У больных теряется личностный смысл предметов и явлений (нет мотивации!), он не совпадает с общепринятым и реальной ситуацией. Амотивационное мышление приводит к распаду мышления.
- **эмоции** – преобладают негативные симптомы: уменьшение выраженности эмоциональных проявлений, снижение дифференцировки эмоциональных реакций, апатия, неадекватность эмоциональных переживаний – неадекватные аффекты (паратимии), безразличное отношение к членам семьи, потеря интереса к окружающему;
- **воля и мотивация** – негативные симптомы волевых нарушений: абулия, снижение контроля двигательных актов, амбитендентность и аутизация, кататонический синдром, импульсивные действия, стереотипии, каталепсия;
- **интеллект** – сохранен, нарушения нетипичны, страдает процесс селективности получаемой информации;
- **сознание и самосознание** – нарушение сознания при шизофрении проявляется лишь одной формой – онейроидным расстройством сознания. При некоторых формах шизофрении нарушается самосознание.

Таким образом, при шизофрении нарушаются восприятие, мышление, эмоционально-волевая сфера. Расстройства памяти и интеллекта нетипичны.

ЭПИЛЕПСИЯ

Эпилепсия – заболевание, характеризующееся разнообразными судорожными и бессудорожными пароксизмами и нарастающими изменениями личности. Характерны частые нарушения сознания и настроения. Эпилепсия постепенно приводит к личностным изменениям. Играют роль наследственность и экзогенные факторы (например, внутриутробные повреждения ГМ). Основной признак заболевания – судорожный припадок, который начинается, как правило, внезапно. Иногда за несколько дней до припадка появляются предвестники: *плохое самочувствие, раздражительность, головная боль.*

Припадок обычно длится около 3-х минут. После него больной вял и сонлив. Припадки могут проявляться с различной частотой, от нескольких раз в день до нескольких припадков в год. У больных бывают атипичные припадки:

1. *Малые припадки (потеря сознания на несколько минут без падения).*
2. *Сумеречное состояние сознания.*
3. *Амбулаторные автоматизмы, в том числе сомнамбулизм (лунатизм).*

Характерными чертами больных эпилепсией являются:

1. *Тугоподвижность, замедленность всех психических процессов.*
2. *Сочетание аффективной вязкости и эксплозивности (взрывчатости).*
3. *Педантизм в отношении одежды, порядка в доме.*
4. *Инфантилизм, незрелость суждений.*
5. *Слащавость, утрированная любезность.*
6. *Сочетание повышенной чувствительности и ранимости со злобностью.*

Лицо больных эпилепсией малоподвижно, маловыразительно. Отмечается сдержанность в жестах. Во время исследования больных эпилепсией психолог изучает мышление, память и внимание.

Психологическая характеристика больного эпилепсией.

Познавательные процессы:

- **ощущение, восприятие, память, внимание** диагностически незначимы;
- **мышление** – характерны обстоятельность, вязкость, тугоподвижность, чрезмерная детализация, невозможность отличить главное от второстепенного, снижение уровня обобщения, инертность, конкретность, непонимание юмора;
- **эмоции** – аффективная ригидность (длительное доминирование какого-либо аффекта и фиксация на нем), дисфория (склонность к злобно-тоскливому настроению, злопамятность, эксплозивность, взрывчатость, вспышки гнева, дисфорические эпизоды).
- **воля и мотивация** – налицо механизм «сдвига на цель», что ведет к сужению деятельности, сосредоточению ее на отдельных деталях, со временем формируется феномен **«сокращения смысловых единиц деятельности»**;

- **интеллект** – для речи характерна олигофазия, употребление уменьшительно-ласкательных слов: ложечка, кроватка…
- **сознание** – характерны частые нарушения сознания.

ОЛИГОФРЕНИЯ

Олигофрения (*термин в переводе с греч. – малоумие*) означает психическое недоразвитие, слабоумие. По степени тяжести выделяют 3 группы олигофрении:

1. Идиотия – глубокая степень (характеризуется практически полным отсутствием речи и способности к самообслуживанию).

2. Имбецильность – средняя степень (характеризуется косноязычием, небольшим словарным запасом; иногда больные вспыльчивы, агрессивны).

3. Дебильность – легкая степень (характеризуется недостаточной критичностью в отношении своих возможностей; отмечаются затруднения в абстрагировании и обучении).

Чем сильнее выражено слабоумие, тем ниже способность к обучаемости. При этом заболевании отмечаются: *недоразвитие моторики; нарушения мышления; нарушения восприятия; узкий объем внимания; неустойчивость внимания; преобладание механической памяти; ограниченность словарного запаса.*

Психологическая характеристика больного олигофренией.

Познавательные процессы:

- **ощущение и восприятие** – недостаточная дифференцированность и неподвижность зрительных образов, восприятие недостаточно активное, глобальное – без деталей объекта;
- **внимание** – узкий объем, неустойчивость внимания, если предлагаемый для исследования материал доступен, то относительная норма;
- **память** – возможно сужение объема кратковременной памяти, непродуктивность заучивания, снижение опосредованной памяти;
- **мышление** – конкретность, непоследовательность суждений, инертность, примитивность, неспособность к абстрагированию;
- **эмоции** – иногда проявляют вспыльчивость и агрессивность;
- **воля и мотивация** – сужение круга интересов, недоразвитие моторики;
- **интеллект** – снижен, характерен **«дефицит интеллекта»**;
- **сознание** – нарушения не типичны.

ОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Согласно МКБ-10 к ним относятся: 1) деменции при атрофических процессах ГМ, связанные с болезнями Альцгеймера, Пика; 2) сосудистые деменции; 3) психические расстройства различной степени выраженности, обусловленные органическими (непсихогенными) причинами (ЧМТ, инфекции и интоксикации ГМ, опухоли).

При органических заболеваниях ГМ чаще отмечаются следующие признаки: повышенная истощаемость; снижение памяти; инертность мышления;

снижение уровня интеллектуальных процессов; пассивность; сужение круга интересов.

Наиболее часто встречаются:

1. *Церебральный атеросклероз.* При данном заболевании отмечается повышенная истощаемость психических процессов, которые бывают 2-х типов:

– **гиперстенический тип** (смена быстрого темпа его снижением), встречается на начальных стадиях заболевания;
– **гипостенический тип** (понижение темпа и качества выполнения задания с ходом времени), характерен для поздних стадий заболевания.

У больных с церебральным атеросклерозом наблюдаются следующие признаки: *нарушения памяти; инертность психической деятельности; повышенная истощаемость; снижение уровня обобщения, нарастание расстройств речи.*

2. *Старческое (сенильное) слабоумие.* Возникает у пожилых людей (после 65 лет) в результате атрофического процесса в головном мозге. У больных отмечаются следующие личностные особенности: *грубость, подозрительность, черствость, скупость, замкнутость, эгоцентризм, резкое сужение круга интересов.* Существует несколько форм старческого слабоумия:

– *простая;*
– *конфабуляторная (суетливость, эйфория, наличие конфабуляций);*
– *делириозная (характеризуется помрачением сознания).*

3. Болезнь Альцгеймера. Является атипичной формой старческого слабоумия, так как начинается в более раннем возрасте (40-45 лет). В данном случае атрофический процесс захватывает теменно-затылочные, височные, лобные отделы левого полушария ГМ. На начальной стадии болезни отмечаются: *расстройства внимания; интеллектуально-мнестическое снижение; нарушение письменной речи и чтения.*

В последней стадии наступает психический распад. При этом он является более глубоким, чем при старческом слабоумии. Больные беспомощны, неспособны обслуживать себя и нуждаются в постоянном уходе.

4. Болезнь Пика. Причиной данного заболевания является атрофия лобных, височных или теменных участков ГМ. У больных отмечаются следующие изменения личности: *снижение инициативы; вялость; пассивность; повышенное настроение; половая распущенность.* В конце заболевания отмечается безразличие к окружающему и распад речи.

Психологическая характеристика больного с органическим психическим расстройством.

Познавательные процессы:

- **ощущение и восприятие** – недостаточная дифференцированность и неподвижность зрительных образов, восприятие недостаточно активное, глобальное – без деталей объекта;

- **внимание** – страдает активное внимание, его концентрация, объем, распределение. Имеются трудности с переключением внимания, характерны повышенная отвлекаемость, неустойчивость и истощаемость внимания;
- **память** – «плато» из 10 слов, предложенных для запоминания: после каждого повторения пациент называет не более 2-3 слов из прочитанных 10. Имеет место фиксационная амнезия;
- **мышление** – характерны снижение уровня обобщения, нарушения операционной и целенаправленности мышления, инертность, ригидность, истощаемость, нарушения его динамики, трудности в подборе антонимов;
- **эмоции** – аффективная лабильность, нарушение самоконтроля;
- **воля и мотивация** – сужение круга интересов;
- **интеллект** – снижен, имеет место распад имевшихся сведений и знаний, снижение процессов умственной работоспособности. Характерны расстройства речи. Для болезни Пика типичными считаются – «стоячие обороты»: стереотипно повторяемые больным слова, обрывки фраз («симптом граммофонной пластинки»). Для болезни Альцгеймера – семантическая афазия;
- **сознание** – нарушения не типичны.

РАССТРОЙСТВА ЗРЕЛОЙ ЛИЧНОСТИ

- **Расстройства зрелой личности** (РЗЛ) – клинически значимые состояния отклоняющихся поведенческих типов и проявляющихся в **дезадаптации, тотальности и стабильности патологических черт.** РЗЛ (старое название психопатия) – это характерологические расстройства (преобладает патология характера).

Психологическая характеристика больного с РЗР.

Познавательные процессы:

- **ощущение, восприятие, внимание, память, сознание** интактны, диагностически незначимы. Преобладают нарушения эмоционально-волевой и мыслительных сфер. Деятельность индивида, которая должна быть целесообразной, целеобусловленной и целенаправленной при РЗЛ теряет эти свойства;
- **мышление** – нарушения мышления в виде относительного аффективного слабоумия, нарушение прогнозирования и опоры на прежний опыт;
- **эмоции** – нарушения эмоционального реагирования на события, нарушение самоконтроля;
- **воля и мотивация** – имеет место «сдвиг мотива на цель»: средства превращаются в цель с приобретением ими самостоятельных мотивов. При РЗЛ аномальные мотивы, превращаясь в цель, нарушают побуждения к

какой-либо деятельности. Недифференцированность реальных и идеальных целей, неумение объективно оценивать возникающую ситуацию, увидеть ее в развернутой перспективе, неумение поставить посильную реальную цель, достижение которой приблизит в будущем достижение идеальной.

Нарушение целеобразования, целевой структуры деятельности (по Б.С. Братусю) патогномонично для РЗЛ. Характерны высокие представления о своей ценности, завышенные требования к жизни, невозможность смириться с отсутствием жизненных благ, нежелание прикладывать необходимые усилия для достижения этих благ, что оправдывается отсутствием необходимых качеств. Лица с РЗЛ либо ставят слишком далекие нереальные цели, либо движимы мотивацией избегания неудач, для лиц с РЗЛ типично прямое следование случайно возникшей ситуации без учета вероятностного прогноза;

- **интеллект** – формально – «норма», реально – «относительное слабоумие», аффективная обусловленность поведения с парциальной некритичностью и завышенным уровнем притязаний;
- **сознание** – нарушения не типичны.

МДП (маниакально-депрессивный психоз). По МКБ-10 – биполярное расстройство.

МДП – это заболевание, для которого характерно наличие депрессивных и маниакальных фаз. Фазы разделены периодами (интермиссиями) с полным исчезновением психических расстройств. МДП чаще встречается у женщин, чем у мужчин. Выделяют следующие формы МДП:

1. *Циклофрения (выраженная форма).*
2. *Циклотимия (мягкая, ослабленная форма).*

Депрессивные фазы протекают в несколько раз чаще, чем маниакальные.

Для **депрессивной фазы** характерны следующие симптомы: *подавленное настроение (депрессивный аффект); интеллектуальное торможение (заторможенность мыслительных процессов); психомоторное и речевое торможение.*

Для **маниакальной фазы** характерны следующие симптомы: *повышенное настроение (маниакальный аффект); интеллектуальное возбуждение (ускоренное протекание мыслительных процессов); психомоторное и речевое возбуждение.*

Проявления МДП могут встречаться в детском, подростковом и юношеском возрасте. В каждом возрасте при МДП имеются свои особенности.

У детей до 10 лет в **депрессивной фазе** отмечаются: *вялость, медлительность, малоразговорчивость, пассивность, растерянность, усталый и нездо-*

ровый вид, жалобы на слабость, боли в голове, животе, ногах, низкая успеваемость, трудности в общении, нарушения аппетита и сна.

У детей в **маниакальной фазе** наблюдаются: *легкость появления смеха, дерзость в общении, повышенная инициативность, отсутствие признаков усталости, повышенная подвижность.*

В подростковом и юношеском возрасте **депрессивное состояние** проявляется *заторможенностью моторики и речи, снижением инициативы, пассивностью, утратой живости реакций, чувство тоски, апатии, скуки, тревоги, забывчивостью, склонностью к самокопанию, повышенной чувствительностью к отношению со стороны ровесников, суицидными мыслями и попытками.*

В подростковом и юношеском возрасте маниакальное состояние проявляется *расторможенностью, развязностью, дурашливостью, нереалистичностью стремлений и действий, частой сменой увлечений.*

МЕТОДЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОТДЕЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Приведем некоторые из них:

*Для исследования больных **шизофренией** используются:* «Классификация предметов», «Исключение предметов», «Образование аналогий», «Сравнение и определение понятий», толкование переносного смысла пословиц и метафор, пиктограмма, решение задач.

*Для исследования больных с **эпилепсией** используются:* таблицы Шульте, «Классификация предметов», «Исключение предметов», «10 слов».

*Для исследования больных с **олигофренией** используются:* школьный тест умственного развития (ШТУР), «Классификация предметов», «Исключение предметов», «Образование аналогий», «Сравнение и определение понятий», тест Векслера, тест Равена.

*Для исследования больных с **органическими** психическими расстройствами используются:* «Исключение предметов», «Классификация предметов», «Сравнение и определение понятий», корректурная проба, счет по Крепелину, таблицы Шульте.

*Для исследования больных с **расстройствами зрелой личности** используются:* личностный опросник Айзенка, MMPI, тест Кетелла, Розенцвейга, исследование уровня притязаний.

*Для исследования больных с **МДП** используются:* MMPI, тест Кетелла, шкалы Спилбергера-Ханина, Тейлора, Шихана, опросник Бека, тест Люшера.

Лекция № 6
ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Вопросы:

1. Общая характеристика нарушений психической деятельности органического генеза.

2. Особенности патопсихологических нарушений у больных с эпилепсией.

3. ЧМТ и патопсихологические проявления у пациентов.

4. Структура патопсихологических синдромов при сосудистых поражениях мозга.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Органические психические расстройства или нарушения психической деятельности органического генеза являются следствием черепно-мозговых травм, сосудистых поражений головного мозга (ГМ), инфекций, интоксикаций, опухолей, возрастных инволюционных изменений морфологических структур головного мозга.

Это имеет свое отражение в **МКБ-10**, согласно которой к ним относятся: 1) деменции при атрофических процессах ГМ, связанные с болезнями Альцгеймера, Пика; 2) сосудистые деменции (следствие церебрального атеросклероза); 3) психические расстройства различной степени выраженности, обусловленные органическими (непсихогенными) причинами (ЧМТ, инфекциями и интоксикациями ГМ, опухолями).

При органических заболеваниях ГМ чаще других отмечаются следующие признаки:

- *повышенная истощаемость;*
- *снижение памяти;*
- *инертность мышления и снижение уровня интеллектуальных процессов;*
- *пассивность в деятельности и сужение круга интересов.*

ОСОБЕННОСТИ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

При патопсихологическом исследовании больных эпилепсией обнаруживаются изменения в следующих сферах, значимых в диагностическом плане:

- ***мышлении*** *(вязкое, тугоподвижное, инертное, избыточно конкретное, шаблонное, с затруднением в обобщении и отвлечении, узость диапазона мышления, эгоцентрические тенденции при бедности словарного запаса).*
- ***речи*** *(поучительное резонерство с затруднениями отвлечься от конкретной ситуации, олигофазия, замедление ее темпа, употребление уменьшительных слов и речевых «штампов», малозначительность фраз);*
- ***памяти*** *(неуклонное ослабление, затруднения произвольного запоминания, удержания);*
- ***аффективно-личностных свойств*** *(нарушения самооценки, эгоцентризм, чрезмерная обстоятельность, детализация, дисфория, аффективная вязкость, умилительность, взрывчатость, злобность).*

При патопсихологическом обследовании больных эпилепсией обнаруживаются характерные изменения мышления, речи, памяти, личностные особенности. Существенно изменяется темп психических процессов, которые у большинства больных в различной степени замедлены. Показательно в этом отношении исследование с применением **таблиц Шульте**. Тогда как здоровые люди затрачивают в среднем на поиск чисел в одной таблице 40-50 сек., у больных эпилепсией поиск чисел в таблице длится от 0,5 до 2,5 мин. и более. При этом, как правило, не обнаруживается, как у больных церебральным атеросклерозом, увеличения затрачиваемого на каждую последующую таблицу времени.

Уже в начальной стадии эпилепсии отмечаются изменения подвижности психических процессов. Явления инертности психической деятельности обнаруживаются даже при наличии в прошлом единичных судорожных припадков, когда еще нет заметных признаков интеллектуально-мнестического снижения. Нарушения подвижности психических процессов легко обнаруживаются в **пробе на переключение**. Так, при попеременном прибавлении к заданному числу двух других отмечаются ошибки чередования. Последние обнаруживаются и при попеременном назывании к заданным словам антонимов и синонимов. Характерны в этом отношении результаты исследования **методикой попеременного насыщения пар одушевленных и неодушевленных предметов.** У больных эпилепсией обнаруживаются ограничение называемых предметов рамками одного понятия *(называются одни лишь домашние животные в качестве одушевленных либо мебель из окружающей обстановки в качестве неодушевленных предметов),* частое повторение одних и тех же слов, иногда (чаще в начале задания) имеет место неправильное чередование пар слов.

При выраженном эпилептическом слабоумии и немногословии (олигофазии) больные нередко прибегают к называнию собственных имен близких им людей. Явления инертности отмечаются и при **произвольном назывании**

60 слов. На выполнение этого задания уходит от 6 до 14 мин. Многократно повторяются одни и те же слова. Психически здоровые обычно называют слова «смысловыми гнездами», состоящими из 5-6 слов, близкими по родовой принадлежности, например, транспорт: *«автомобиль, поезд, самолет, пароход»*. После такого «смыслового гнезда» может следовать другое: *«море, река, озеро»* и т.д. У больных эпилепсией эти «смысловые гнезда» состоят из значительно большего числа слов. Это обстоятельство делает понятным, почему больные эпилепсией затрачивают на произвольное называние слов много времени. В силу инертности они продолжают искать нужное слово, а не переходят к словам, принадлежащим к другому «смысловому гнезду».

Обнаруживаемая при обследовании больных эпилепсией инертность протекания ассоциативных процессов характеризует их мышление как тугоподвижное, вязкое. Эти особенности отмечаются и в произвольной речи больных: они «топчутся» на месте, не могут отвлечься от второстепенных, мало существенных деталей. Но при этом цель высказывания больным не теряется. Инертность, вязкость мышления больных эпилепсией отчетливо выступает в **словесном эксперименте**. Об этом свидетельствует увеличение латентного периода, частые эхолалические реакции, однообразное повторение одних и тех же ответов. Часто на слова-раздражители больные отвечают стереотипными рядами слов либо называют слова из своего профессионального обихода. Иногда в качестве ответной реакции подбираются прилагательные, обозначающие цвет данного предмета. Иногда ответные слова относятся к предыдущим словам-раздражителям («запаздывающие» речевые реакции).

Нередко характер ответных реакций у больных эпилепсией свидетельствует о затруднениях на уровне второй сигнальной системы:

Больной Х. с самого начала эксперимента избрал путь ответов речевыми реакциями противоположного значения. Однако, столкнувшись со словами-раздражителями, к которым трудно подобрать антонимы, больной обнаружил выраженное увеличение латентного периода, ухудшение качества ответных реакций, преобладание среди них эхолалических.

Такие же особенности обнаруживают больные эпилепсией при исследовании **методикой подбора слов-антонимов**, являющейся вариантом словесного эксперимента. Здесь сам исследующий инструкцией предопределяет характер ответных реакций. Оскудение словарного запаса часто приводит к тому, что больные прибегают к образованию антонима путем прибавления к заданному слову частицы «не». В обоих вариантах словесного эксперимента отмечается зависимость между характером слова-раздражителя и величиной латентного периода. Испытываемые больным затруднения в подыскании нужного слова-антонима увеличиваются при предъявлении им слов абстрактного значения.

Часто в **словесном эксперименте** встречаются ответные реакции – «штампы» (например: яблоко – груша, птица – курица). При выраженном слабоумии ответные реакции стереотипны, однообразны – на все слова-раздражители больной может отвечать 2-3 словами *(<хороший>* или *<плохой>*, *<знаю>* или *<не знаю>).* Нередко словесные реакции отражают отношение больного к предметам, обозначенным словами-раздражителями, например*: город – люблю; булка – вкусная* и т.п. Эти особенности ассоциаций отражают изменения личности больных, присущий больным эпилепсией эгоцентризм. Аналогично объясняется обнаруживаемое у больных эпилепсией при исследовании методикой синтезирования ситуации по опорным словам включение себя в ситуацию.

Такого рода включение себя в описываемую ситуацию рассматривается как признак преобладания конкретных представлений в мышлении больных эпилепсией, недостаточности в осмыслении условного характера задания, как проявление эгоцентрических тенденций. Аналогичное включение себя в ситуацию наблюдается у них и в **пиктограммах**.

Уже **в обычной беседе** больные эпилепсией обнаруживают склонность к чрезмерной обстоятельности, детализации. Еще больше эти особенности эпилептического мышления выступают при **описании больными сложного рисунка или при пересказе текста**. При этом больные подмечают совершенно несущественные детали, фиксируют на них свое внимание. Нередко, описав таким образом рисунок, больной все же не может уловить его содержание. Особенно выражена склонность к детализации при исследовании **методикой установления последовательности событий по серии рисунков**. В этих случаях больные (речь идет о больных с выраженным эпилептическим слабоумием) весьма детально, с множеством несущественных подробностей, описывают каждый рисунок, но сопоставить их не могут, так как затрудняются в различении существенных и второстепенных признаков:

Больной П. при исследовании этой методикой описывает каждую картинку в том порядке, как она лежала: «Это мальчик на дереве. А под деревом собаки или волки. Сколько их? Один, два, три. Он испугался, видно, так как не может сойти с дерева, хотя под деревом лежит его сумка. Она раскрылась, и из нее высыпались книги и тетрадки. Этот мальчик школьного возраста. А шарфик у него свисает почти до самой земли, вернее снега. Это зима – снег всюду, беленький. Волки могут стащить его за шарфик... и т.д.»

Затруднения в выделении существенных признаков предметов и явлений характеризуют наблюдающиеся при эпилепсии снижение уровня процессов обобщения и отвлечения. При исследовании **методикой исключения** больные крайне обстоятельно характеризуют каждый из четырех изображенных на рисунке предметов и либо не находят между ними отличия, либо заявляют, что все эти предметы ничего общего между собой не имеют. Так, больные приходят к выводу, что шкаф, кровать, этажерка и комод являются мебелью. Они не

могут найти отличительного признака, позволяющего объединить виды мебели, служащие для хранения каких-либо предметов. Разглядывая картинку с изображением очков, часов, весов и термометра, больной дает им крайне детальную характеристику и утверждает, что не видит между ними ничего общего.

Больные эпилепсией производят **классификацию** по конкретно-ситуационному признаку. При этом можно услышать такие рассуждения:

«Морковь, лук, помидор – это я всегда в борщ кладу»; «врач, ребенок, термометр – все это в больнице, и уборщица в больнице нужна» и т.п.

Характерно образование в процессе классификации нескольких мелких, близких по содержанию, групп. Например, выделяется посуда металлическая и стеклянная, обувь и головные уборы образуют отдельные группы и не объединяются с одеждой. При исследовании по **методике складывания картинок** из отрезков деятельность больных определяется непланомерным синтезом.

Больные выполняют задание методом проб и ошибок. Выбирается обычно более крупный отрезок и к нему поочередно прикладываются все другие. Причем больные чаще руководствуются не представлением о целостном рисунке, а краями, формой и цветом отдельных отрезков. Вся эта работа выполняется с присущей больным эпилепсией педантичностью, тщательно, скрупулезно. Убедившись в неправильности соединения двух отрезков, больной откладывает один из них и примеряет следующий.

Часто наблюдающиеся у больных эпилепсией пустые рассуждения создают картину своеобразного резонерства. Оно отличается от шизофренического. Резонерство больных эпилепсией носит характер компенсаторных рассуждений. Его особенности проявляются в поучительном тоне высказываний, отражающих некоторую патетичность и переоценку собственного жизненного опыта. Одновременно они носят характер неглубоких, поверхностных, бедных по содержанию суждений, содержат шаблонные, банальные ассоциации. Резонерские рассуждения эпилептиков всегда приурочены к конкретной ситуации, от которой больному трудно отвлечься.

Существенный отпечаток на резонерство при шизофрении и эпилепсии накладывается характерными для этих заболеваний особенностями эмоционально-личностных компонентов мышления. У резонерствующих больных эпилепсией в эксперименте отмечаются снижение уровня обобщения и отвлечения, узость диапазона мышления, эгоцентрические тенденции при бедности словарного запаса. Последнее обстоятельство также придает своеобразный колорит эпилептическому резонерству, в котором сочетаются поучительность суждений с олигофазией. Если при шизофрении в резонерстве выявляется актуализация слабых признаков, своеобразное нарушение ассоциативных процессов, разрушение формирующихся в процессе жизни психических стереотипов, то при эпилепсии речь идет об инертности мышления, о выявлении непреодолимых «шаблонов» в мышлении.

Поводом для выявления эпилептического резонерства могут явиться самые разнообразные ситуации, создаваемые в ходе эксперимента. Нередко мы наблюдали тенденции к резонерству при предъявлении больным эпилепсией

юмористических рисунков. При этом выявлялось не только характерное для эпилептического слабоумия непонимание юмора, но и интерпретация сюжета рисунка с привлечением собственного жизненного опыта и своих сложившихся непреодолимо-инертных представлений в плане обсуждаемых вопросов. Установлено, что чувство юмора у больных эпилепсией тем больше страдает, чем раньше началось заболевание и чем хуже была успеваемость больного в школе. Причина непонимания юмора больными эпилепсией – это прогрессирующее слабоумие с тугодумием, склонностью к резонерству, затруднениями в выделении существенного и тенденцией к детализации.

У больных эпилепсией перцептивная деятельность в известной мере связана с особенностями течения мыслительных процессов. Об этом свидетельствуют результаты, полученные нами при обследовании больных эпилепсией **методикой логического решения задачи опознания цифр.** Отмечен явный параллелизм между результатами выполнения больными эпилепсией задачи опознания зрительного образа и степенью интеллектуального дефекта.

Характерны наблюдающиеся у больных эпилепсией расстройства речи – замедление ее темпа, употребление уменьшительных слов и речевых «штампов», олигофазии. Олигофазия – основное и наиболее характерное речевое расстройство у больных эпилепсией.

Различают острую послеприпадочную и постоянную олигофазию. Непосредственно после припадка при наличии расстроенного сознания у больных обнаруживается **асимболия** – *нарушение способности узнавать предмет и его назначение.* По мере восстановления сознания асимболия исчезает и проявляется амнестико-афатический комплекс (острая послеприпадочная олигофазия). Олигофазия проявляется в том, что больные узнают показываемый им предмет и обнаруживают знание его свойств и назначения, но назвать предмет не могут. Затруднения называния предметов в послеприпадочный период неоднородны: *более знакомые, обыденные предметы больные называют раньше, чем менее знакомые по прежнему жизненному опыту.*

Олигофазия при длительном течении заболевания обнаруживается и в межприпадочные периоды. Она является отражением эпилептического слабоумия. Больные, испытывающие трудности при подыскании нужного слова, легче находят его, если им предъявляется фраза, в которой это слово исследующим специально пропускается.

Больной при показе авторучки говорит: «Это... это... для того, чтобы писать». Услышав же фразу: «Ученик набрал чернила в... и начал писать диктант», больной легче вспоминает необходимое слово.

При назывании устанавливается определенная роль знакомства больного с теми или иными предметами. Как правило, затруднения больных относятся к называнию предметов, с которыми им реже приходилось встречаться. Значительно легче называются часто употребляемые больными в прошлом предметы. Исследование **методикой называния предметов или их изображений** направлено

на изучение номинативной функции речи и показывает, что называние всегда является функцией *классификации – обобщения.* Вначале, на первом этапе, эта функция осуществляется в общей смысловой сфере, обобщающей сумму названий и свойств. Впоследствии из этого комплекса выделяется соответствующее название предмета. Показателем служит определенный параллелизм между качеством называния предмета и сохранностью уровня процессов обобщения и отвлечения у больных эпилепсией. *Чем ниже уровень процессов обобщения и отвлечения, тем больше затруднений испытывают больные при назывании предметов.* Обрисовка свойств предмета, назвать который больной затрудняется, является в определенной степени компенсаторным механизмом, активирующим резервные возможности процессов обобщения и отвлечения.

Течение эпилепсии сопровождается неуклонным ослаблением памяти. Вначале обнаруживается нарушение произвольной репродукции – концентрация внимания на воспроизведении в памяти какого-либо слова. На последующих этапах обнаруживаются расстройства удержания и запоминания. Кривая запоминания у больных эпилепсией носит своеобразный характер. Количество воспроизводимых слов с каждым последующим повторением либо незначительно увеличивается, либо остается прежним.

Чем меньше выражены у больных эпилепсией расстройства памяти, тем менее выражена и олигофазия и наоборот. Такой же параллелизм установлен при сопоставлении у больных эпилепсией снижения памяти и уровня обобщения (по шкале памяти Векслера – определяет связь памяти и уровней обобщения и отвлечения). *По качеству памяти у больного эпилепсией можно судить о глубине психического дефекта.*

Личностные особенности больных эпилепсией отличает инертность уровня притязания. С течением времени у больных проявляется нарастание неадекватности уровня притязаний уровню реальных возможностей.

Считается, что существует определенная зависимость между особенностями цветовосприятия у больных эпилепсией и их эмоциональным состоянием.

При исследовании личностных особенностей больных эпилепсией посредством восприятия «пятен» **(метод Роршаха)** отмечается тенденция к интерпретациям пятен, в которых не учитывается все представленное обследуемому изображение. Как правило, больные для формирования образа избирают какую-либо деталь изображения. При этом наблюдается и своеобразное «застревание» на деталях. Часто такие интерпретации относятся к различным частям тела человека или животных:

Больная Е. в процессе исследования дала 30 ответов такого типа, перечисляя «хвостик», «нос», «рот», «глазик» и т.п.

В то же время больные эпилепсией крайне редко дают ответы, связанные с видением целой человеческой фигуры. Для больных эпилепсией характерен детализирующий тип восприятия, отражающий черты эпилептической психики в перцепции. Характерно уменьшение количества «стандартных» интерпре-

таций, характерных для здоровых с их нормальными стереотипами восприятия. У эпилептиков, в отличие от больных шизофренией, затруднены актуализация и реализация прошлого опыта.

С нарастанием эпилептического слабоумия (дефекта) характерно: уменьшение количества образов, характеризующихся динамичностью, снижается «показатель движения»; уменьшается количество стандартных интерпретаций и количество ответов с интерпретацией пятна как целого; бедность, стереотипность содержания; возрастание количества ответов по цвету (цвет в образах доминирует над формой) – при глубоком слабоумии ответ сводится к называнию цвета пятна.

При исследовании **методом Вартегга** больные эпилепсией чаще, чем больные шизофренией и здоровые, использовали цветные карандаши. В некоторых случаях преимущественное использование красного цвета было характерно для предприпадочного состояния обследуемых. Сам рисунок носил характер детализирующего. Уменьшение количества «стандартных» образов объяснялось бедностью рисунка, его редуцированностью, а не необычностью, «сверх-включением», как это имеет место при шизофрении.

Особенности личности больных эпилепсией изучается с помощью **методики незаконченных предложений**. На первый план выступало преобладание словесных реакций, отражающих тенденцию к нивелированию возможных конфликтных факторов:

Например: «Если все против меня... я стараюсь, чтобы все было хорошо»; «Люди, с которыми я работаю... очень хорошие».

Эти примеры говорят об эмоциональной вязкости, умилительности. При внесении в исследование элемента фрустрации появляется взрывчатость, злобность. В ряде случаев в составленных больными фразах выявлялась **агрессивность**:

«*Если все против меня, то... я буду бороться и ни перед чем не остановлюсь*»... В ответах больных часто обнаруживаются тенденции, которые могут быть обозначены как чрезмерно альтруистические «гиперсоциальность эпилептиков»: «*Я всегда хотел... жить и трудиться на благо коллектива»; «Моей самой большой ошибкой было... то, что я заболел; ведь я мог бы приносить пользу людям».*

У эпилептиков нарушается самооценка. По мере углубления психического дефекта нарастают явления некритичности к себе и окружающей обстановки, появляется преувеличенно-оптимистическая оценка будущего. Больной с выраженным эпилептическим слабоумием фразу:

«Думаю, что я достаточно способен, чтобы...» заканчивает следующим образом*: «...учиться в институте».*

Параллельно отмечается усиление испытываемых больными затруднений при выделении эмоциональной направленности фраз. Фразы становятся эмоционально малозначимыми: «*Моя мать и я... сидим дома».*

ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ

Закрытая черепно-мозговая травма (ЧМТ) встречается значительно чаще, чем открытая. Закрытые черепно-мозговые травмы составляют 90,4% всех травматических поражений головного мозга.

В течение ЧМТ выделяют 4 стадии (М.О. Гуревич, 1948):

1 – **начальная стадия** наблюдается непосредственно после травмы и характеризуется потерей сознания различной глубины (от комы до обнубиляции) и разной длительности (от нескольких минут и часов до нескольких дней), что зависит от тяжести травмы головы. По окончании этой стадии наступает амнезия, иногда неполная. В начальной стадии бывают нарушения кровообращения, иногда кровотечение из ушей, горла, носа, рвота, реже – судорожные припадки. Начальная стадия длится **до 3 суток**. Развивающаяся в это время преимущественно общемозговая симптоматика как бы скрывает признаки локального поражения головного мозга. Функции организма в конце стадии восстанавливаются от филогенетически более старых к более новым, позже приобретенным в онто- и филогенезе: вначале – пульс и дыхание, защитный рефлекс, зрачковые реакции, затем появляется возможность речевого контакта.

2 – **острая стадия** характеризуется оглушением, которое нередко остается, когда больной выходит из начальной стадии. Иногда состояние больных напоминает опьянение. Эта стадия длится несколько дней. Общемозговая симптоматика идет на убыль, но начинают проявляться симптомы локального поражения. Характерны астения, резкая слабость, адинамия, головная боль и головокружение. Возможны экзогенные психозы – делирий, корсаковский синдром. При отсутствии экзогенных факторов, осложняющих течение острой стадии, больной либо выздоравливает, либо его состояние стабилизируется.

3 – **поздняя стадия**, которой свойственна неустойчивость состояния, когда еще не полностью исчезли симптомы острой стадии, а также нет еще полного выздоровления или окончательного оформления отдаленных последствий ЧМТ. Любые экзогенные и психогенные вредности приводят к ухудшению психического состояния. Поэтому в этой стадии часты преходящие психозы и возникающие на астенической почве психогенные реакции.

4 – **резидуальная стадия** (период отдаленных последствий) характеризуется стойкими локальными симптомами вследствие органического поражения ткани головного мозга и его функциональной недостаточностью (общей астенизации, вегето-сосудистой неустойчивости). В этой стадии заболевание может протекать по типу травматической церебрастении или травматической энцефалопатии (вариант последней – травматическое слабоумие).

Интеллектуально-мнестическая недостаточность в начальной и острой стадиях ЧМТ носит значительно более грубый характер, чем оказывается в дальнейшем (**псевдоорганическая деменция**). Когда исчезают симптомы, обусловленные функциональными компонентами травматического поражения головного мозга, остается **органическое ядро слабоумия**, не меняющееся с течением времени.

В ряде случаев слабоумие у больных, перенесших ЧМТ, носит прогрессирующий характер. Особенно в сочетании с атеросклеротическим поражением

сосудов головного мозга или алкоголизмом. Происходит своеобразный *«патологический синергизм»*. Так, в отдаленной стадии ЧМТ присоединение начального церебрального атеросклероза способствует резкому нарастанию деменции, а затем отмечается неблагоприятное течение и сосудистого заболевания, с частичными острыми нарушениями мозгового кровообращения и злокачественной артериальной гипертензией.

Последствия ЧМТ характеризуются в первую очередь **астенией**, проявляющейся повышенной истощаемостью. По Б.В. Зейгарник (1948), астения – кардинальный признак посттравматических изменений психической деятельности. Эта истощаемость обнаруживается при исследовании в **патопсихологическом эксперименте** интеллекта. Последствия ЧМТ крайне редко протекают без интеллектуально-мнестических нарушений.

Посттравматическая истощаемость не является однородным понятием. В ее структуре автор выделяет 5 вариантов:

1. Истощаемость носит характер *астении* и проявляется в снижении работоспособности к концу выполняемого больным задания. Темп интеллектуальной работоспособности, определяемый с помощью **таблиц Крепелина или поиска чисел в таблицах Шульте**, становится все более медленным, на первый план выступает количественно определяемое ухудшение работоспособности.

2. В некоторых случаях истощаемость носит не диффузный характер, а принимает форму очерченного симптома, проявляется в виде нарушений какой-либо определенной функции, например в виде истощаемости мнестической функции. Кривая **запоминания 10 слов** в этих случаях носит зигзагообразный характер, известный уровень достижений сменяется спадом мнестической продуктивности.

3. Истощаемость может проявляться в виде нарушений мыслительной деятельности. У больных отмечаются поверхностность суждений, затруднения в выделении существенных признаков предметов и явлений. Уже незначительное психическое напряжение оказывается для больного непосильным и приводит к выраженной истощаемости.

Но такого рода истощаемость нельзя смешивать с обычной утомляемостью. При повышенной утомляемости речь идет о нарастании, по мере длительности исследования, количества ошибок и ухудшении временных показателей. При этом же виде истощаемости происходит временное снижение уровня интеллектуальной деятельности. Уровень обобщения у больных в целом не снижен, им доступны достаточно дифференцированные решения отдельных довольно сложных заданий.

Характерная особенность последствий ЧМТ – это неустойчивость способа выполнения задания. Адекватный характер суждений больных оказывается нестойким. Выполняя какое-либо длительное задание, больные не удерживают правильный модус деятельности, верные решения чередуются с ошибочными,

легко корригируемыми в процессе исследования. По Б.В. Зейгарник (1958, 1962), такой вид нарушений мышления называется непоследовательностью суждений.

4. Истощаемость может приближаться к повышенной психической пресыщаемости. При длительной монотонной деятельности выполняемая обследуемым работа начинает тяготить его, изменяются скорость и ритм выполнения задания, появляются вариации в деятельности: вместо предписанных инструкцией значков обследуемый начинает рисовать другие, отходя от заданного образца. Пресыщаемость характерна и для здоровых, но у перенесших ЧМТ она наступает раньше и носит более грубый характер. Особенно четко этот вид истощаемости обнаруживается с помощью специальной **методики для исследования пресыщения** (A. Karsten, 1928).

5. В ряде случаев истощаемость проявляется в виде невозможности образования самого психического процесса:

У больных, перенесших ЧМТ, периодически наступают нарушения узнавания, когда показываемый обследуемому предмет или его изображение определяются по родовому признаку. Нарисованную грушу такой больной определяет словом «фрукты» и т.п.

Истощаемость больше выражена в период, непосредственно следующий за начальной и острой стадиями ЧМТ, когда еще четко не определился характер нарушений психических функций (пока не ясно – будет регресс или прогресс психических расстройств). Истощаемость психических функций усиливается с присоединением сопутствующей соматической патологии.

Патопсихологическое исследование помогает уточнить характер клинической симптоматики, поставить функциональный диагноз посттравматических состояний, определить степень утраты трудоспособности. С этой целью у лиц, перенесших ЧМТ можно использовать специальный набор методик (**заучивание 10 слов, таблицы Крепелина, метод совмещения по В.М. Когану, таблицы Шульте**). В результате исследований установлено, что общими особенностями динамики деятельности при посттравматических астенических состояниях являются кратковременные врабатываемость и упражняемость, быстро сменяющиеся утомлением.

Выраженное травматическое слабоумие встречается редко (3,0-5,0% от всех случаев ЧМТ). Установлено, что при закрытой ЧМТ преимущественно страдают лобные и лобно-височные отделы коры головного мозга. В результате этого нарушается деятельность наиболее дифференцированных и позже сформированных систем головного мозга. Нарушения этих же отделов головного мозга имеет большое значение в формировании посттравматического слабоумия (деменции).

Выделяется 2 основных варианта посттравматического слабоумия (В.Л. Пивоваров):

- **простое травматическое слабоумие** с упорядоченностью поведения при наличии некоторой эмоциональной (аффективной) неустойчивости;

- **психопатоподобный синдром** (сложный вариант слабоумия), при котором наблюдаются расторможенность влечений, истерические проявления, иногда – эйфория, дурашливость, повышенная самооценка.

Последний вариант делает актуальным исследование личности в психологической диагностике посттравматического органического синдрома. Отдаленный период закрытой ЧМТ чаще всего отмечается выраженными характерологическими изменениями при незначительном или умеренном снижении интеллектуально-мнестической деятельности. В ситуации исследования эти больные чаще всего обнаруживают выраженную аффективную лабильность. С ней же связана и повышенная истощаемость психических процессов.

Личностные проявления у больных, перенесших ЧМТ, отличаются большим разнообразием как в клинике, так и по данным патопсихологического исследования. Повышенный нейротизм может сочетаться с интроверсией, но чаще – с экстраверсией. При исследовании по **методике Дембо-Рубинштейна** преобладает полюсная самооценка – максимально низкая по шкалам здоровья и счастья, максимально высокая по шкале характера. На самооценку больного накладывает отпечаток выраженная аффективная лабильность, и она чаще носит депрессивный характер, вызванный фрустрирующей ситуацией.

У больных с последствиями ЧМТ меняется уровень притязаний. Он может быть хрупким, ригидным, не корригируемым уровнем истинных достижений.

Исследование особенностей личности у лиц, перенесших ЧМТ, какой-либо специфики, обусловленной травмой головы, не обнаруживают. Эти исследования производятся при относительной интеллектуальной сохранности больных (например, MMPI, опросник Шмитека).

СТРУКТУРА ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ ПРИ СОСУДИСТЫХ ПОРАЖЕНИЯХ МОЗГА.

Церебральный атеросклероз – это заболевание, связанное с образованием в стенках сосудов головного мозга атеросклеротических бляшек, что нарушает его нормальное кровообращение, снабжение кислородом и питательными веществами, что приводит к нарушению психической деятельности. Основная форма церебрального атеросклероза – **церебросклеротическая астения**. Главный ее признак – истощаемость психических функций. Особенно четко она обнаруживается при исследовании специальными методиками, направленными на изучение работоспособности – таблицами Шульте, Крепелина, в корректурной пробе. Кривые истощаемости при исследовании этими методиками больных церебральным атеросклерозом неодинаковы в связи с выделением 2 типов синдрома астении:

Для гиперстенического синдрома (в начале заболевания) характерно начало выполнения задания в быстром темпе и очень рано проявляющаяся истощаемость. В после-

дующем эпизодически отмечается кратковременное улучшение показателей. Кривая истощаемости гиперстенического типа при исследовании таблицами Шульте носит зигзагообразный характер. Так, например, на поиски чисел в первой таблице больной затрачивает 48 сек., во второй – 1 мин 18 сек., в третьей – 1 мин 23 сек., в четвертой – 51 сек., в пятой – 1 мин 12 сек. и т.д. При исследовании таблицами Крепелина в этих случаях также обнаруживается значительная разница в темпе выполнения задания на различных его этапах, в количестве произведенных в различные отрезки времени сложений и допущенных при этом ошибок.

При гипостенических состояниях (с развитием заболевания) кривая истощаемости носит иной характер. Так, при исследовании таблицами Шульте отмечается постепенное увеличение затрачиваемого на каждую последующую таблицу времени. На протяжении исследования уровень выполнения задания постоянно снижается в связи с нарастающей истощаемостью. Соответственно и при исследовании таблицами Крепелина отмечается постепенное ухудшение темпа работы. Истощаемость проявляется не только при сравнении времени поиска чисел в различных таблицах Шульте, но и в пределах одной и той же таблицы.

С истощаемостью при церебральном атеросклерозе связана и недостаточность активного внимания. Она находит свое отражение в пропусках отдельных чисел в таблицах Шульте, в увеличении к концу исследования количества ошибок в таблицах Крепелина. Особенно четко она обнаруживается в корректурной пробе – отмечаются пропуски букв, лишние зачеркивания сходных или расположенных рядом с заданной букв, пропуск целых строк. Ошибки либо нарастают количественно к концу исследования, либо распределяются в ходе опыта неравномерно, группами.

Интересны и наблюдающиеся при церебральном атеросклерозе эпизодические литеральные парафазии. Происходит замена какого-либо звука в слове при сохранности его фонематического остова, например вместо «сосудов» – «посулов».

Одним из наиболее ранних и выраженных признаков заболевания является расстройство памяти. Уже в начале заболевания больные жалуются, что в беседе не могут вспомнить нужное слово. Нужное слово спустя несколько часов *«само всплывает в памяти»*. В менее тяжелых случаях невозможно вспомнить при необходимости имена и даты, которые в других случаях больной легко вспоминает. Обычно о расстройствах произвольной репродукции приходится судить по данным **анамнеза**. Их можно также обнаружить в **беседе** с больным.

При церебральном атеросклерозе расстройства памяти прогрессируют – к недостаточности произвольной репродукции присоединяются нарушения удержания, а затем запоминания.

Недостаточность удержания (ретенции) обнаруживается еще до заметных расстройств запоминания. Так, больной, воспроизводивший 10 слов после 4-5 повторений, после 15-20-минутного перерыва уже называет лишь часть этих слов.

При выраженности заболевания кривая запоминания отличается большой неравномерностью, колебаниями в количестве слов, воспроизводимых больным после каждого

повторения. Отдельные слова повторяются несколько раз. Называются слова, не фигурировавшие в числе заданных. Резко ухудшено запоминание искусственных звукосочетаний. Среди называемых этими больными слов – множество привнесенных ими самими.

Характерно, что у больных церебральным атеросклерозом значительнее всего и раньше страдает запоминание искусственных звукосочетаний. Меньше нарушено и позже выступает запоминание обычных 10 слов. В целом для церебрального атеросклероза характерно уменьшение количества слов, воспроизводимых при последующих повторениях.

Из нарушений речи характерны эпизодические вербальные парафазии. Замена слов идет по «комплексному типу», когда выпавшее слово заменяется другим, принадлежащим к тому же кругу представлений. Нередко эти же больные испытывают затруднения при повторении развернутой фразы. При более тяжелых расстройствах памяти обнаруживается невозможность запомнить фразу вообще.

Своеобразная особенность церебрального атеросклероза (обнаруживается в **патопсихологическом эксперименте**) – это нарушение подвижности психических процессов. Инертность психической деятельности определяется в **пробах на переключение**. При выраженном церебральном атеросклерозе инертность может достигать значительной степени: у больных нередко обнаруживается персеверация в речевой и двигательной областях.

Изменения интеллектуальной деятельности на различных стадиях церебрального атеросклероза неодинаковы. В начале заболевания обнаруживается сохранность уровня процессов обобщения и отвлечения. С развитием его отмечается своеобразная неравномерность уровня психической деятельности.

Наряду с выполнением задания, при котором обнаруживается прежний уровень процессов обобщения и отвлечения, больные высказывают отдельные суждения, которые показывают, что в этих случаях интеллектуальная деятельность протекает на более низком уровне. Эти явления ни что иное, как нарушения последовательности суждений, связываются с быстро наступающей истощаемостью психических процессов.

Так, больная П., выполняя задание по методике исключения и уже выделив группы инструментов, искусственных источников освещения и швейных принадлежностей, внезапно объединяет в одну группу очки, часы и термометр. Свое решение она мотивирует следующим образом: «Мне, чтобы узнать время или температуру воздуха, приходится пользоваться очками».

Особенно легко нарушения последовательности суждений можно обнаружить при исследовании методиками, содержащими ряд заданий примерно одинаковой сложности (**методикой образования аналогий, подбором слов-антонимов**). Характерная особенность этих расстройств мышления заключается в том, что больные при обращении их внимания на допущенную ошибку легко ее исправляют, никогда не упорствуют, доказывая правильность своего решения.

Своеобразен у больных и уровень притязаний. В силу резкого нарушения критичности мышления эти больные совершенно не соразмеряют уровень

притязаний со своими возможностями. Следующие одна за другой неудачи в выполнении заданий их не обескураживают. Как правило, не выполнив очередное задание, они, тем не менее, берут следующее, более сложное, и обычно не возвращаются уже к более легким. Успешно решая задачи по нарастающей сложности, к концу опыта больные значительно истощены.

Так, больной, успешно дойдя до 10-го или 11-го задания, не может его выполнить, а после этого уже не может выполнить и значительно более легкие задания – 2-е или 3-е. Больные становятся суетливыми, тревожная неуверенность в своих возможностях часто заставляет их отказываться от дальнейшего выполнения задания.

С прогрессированием церебрального атеросклероза нарушения последовательности суждений сменяются стойким снижением уровня процессов обобщения и отвлечения. Ассоциации носят конкретно-ситуационный характер. Уменьшается словарный запас, что обнаруживается при **подборе слов-антонимов**, в **произвольном назывании слов**. В ассоциативном эксперименте увеличивается количество примитивных речевых реакций (особенно персевераторных). Больные испытывают затруднения при назывании отдельных предметов (страдает номинативная функция речи). Следствием болезни может стать **амнестическое слабоумие**, характеризуется наличием *корсаковского синдрома (фиксационная амнезия)*. Через несколько минут больной не может назвать имя собеседника, хотя до этого несколько раз повторял его, стараясь запомнить.

Для церебрального атеросклероза характерно нарушением критичности мышления. Чтение текстов с пропущенными словами (**проба Эббингауза**) больными сопровождается вставкой слов без учета смысла читаемой фразы, без связи с последующими предложениями. Допущенные ошибки корригируются с трудом. Больные беспечно относятся к исследованию и его результатам.

Атрофия ГМ может быть причиной нарушения психики и проявляться в виде **старческого слабоумия** (возникает в возрасте после 65 лет, проявляется изменениями личности больного). Характерны *грубость, подозрительность, черствость, скупость, замкнутость, эгоцентризм, резкое сужение круга интересов.* Выделяют несколько его форм: простая, конфабуляторная (характерны суетливость, эйфория, наличие конфабуляций), делириозная (с помрачением сознания).

Являясь атипичной формой старческого слабоумия, **болезнь Альцгеймера** начинается в возрасте 40-45 лет. Причина – атрофия теменно-затылочных, височных, лобных отделов левого полушария ГМ. Начинается заболевание с *расстройства внимания, интеллектуально-мнестического снижения, нарушения письменной речи и чтения.* В итоге – полный психический распад. Больные беспомощны, неспособны обслуживать себя и нуждаются в постоянном уходе.

Причина болезни Пика – атрофия лобных, височных или теменных участков ГМ. Больных отличает *снижение инициативы, вялость, пассивность, часто повышенное настроение и половая распущенность.* В конце заболевания отмечается безразличие к окружающему и распад речи.

Лекция № 7
ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

Вопросы:

1. Систематика тревожных расстройств.

2. Патопсихологическая характеристика тревожных расстройств.

3. Концепции тревожных расстройств в различных теоретических подходах.

4. Психологическая помощь больным с тревожными расстройствами.

СИСТЕМАТИКА ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

По МКБ-10 к основным видам тревожных расстройств относят:

- паническое расстройство (ПР) – F41.0
- генерализованное тревожное расстройство (ГТР) – F41.1
- смешанное тревожное и депрессивное расстройство (СТДР) – F41.2
- обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) – F42
- фобические расстройства (ФР): агорафобия (АФ) – F40.0; социальные фобии – F40.1
- посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – F43.1

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

Паническое расстройство (ПР). Распространенность среди населения – 1,5%, типичный возраст начала заболевания 20–30 лет. Женщины болеют в 3 раза чаще мужчин. Проявляется внезапными, возникающими без видимой внешней причины приступами острой тревоги (паники), что сопровождается сердцебиением, ознобом или приливом жара, потливостью, тремором (дрожанием), чувством нехватки воздуха, одышкой, удушьем, подташниванием, дискомфортом в животе, головокружением, страхом умереть или сойти с ума. Продолжительность приступа от 5 до 30 минут. Часто ПР сопровождается агорафобией (страхом пребывания в местах, где в случае очередного приступа будет невозможно получить помощь, например, в переполненном транспорте, в больших

магазинах, на рынках, стадионах, в зале кинотеатра. Это формирует «избегающее поведение», что со временем ломает жизненный стереотип.

У 50,0% больных приступы с годами проходят, у второй половины болезнь принимает хроническое течение. Может даже наступить инвалидизация пациента, хотя он по существу соматически (телесно) здоров. У лиц с ПР высок риск суицида, нередко развивается зависимость от алкоголя и успокаивающих средств.

Откуда происходит слово «паника»? Если верить древнегреческим мифам, Пан, козлоногий бог пастбищ, стад и пастухов, любил вздремнуть в пещере или в чаще, где-нибудь недалеко от дороги. Если путешественники беспокоили уродливого бога, он издавал ужасный крик. Отталкивающая внешность Пана и страшный вопль наводили ужас на путешественников, который с тех пор называется ***паникой.***

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР). Встречается у 2,0 – 3,0% населения, соотношение мужчин и женщин – 2:1. Проявляется стойкой, монотонной, диффузной тревогой по поводу тех или иных жизненных событий, реальная вероятность наступления которых реально весьма мала. Так, например, хорошо успевающий студент каждый день боится плохой оценки или отчисления или мать здорового ребенка постоянно тревожится о том, что он может заболеть или пострадать от несчастного случая. Тревога и ее вегетативные проявления настолько выражены, что нарушают профессиональную и социальную жизнь пациентов.

Течение ГТР хроническое, многолетнее, с периодами ухудшений и улучшений. За медицинской помощью (в отличие от ПР) обращается лишь некоторая часть пациентов, но обычно не к психиатрам, а к врачам общей практики (кардиологам, неврологам, урологам, гастроэнтерологам…). Примерно в четверти случаев ГТР сочетается с ПР.

Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (СТДР). Одна из самых частых форм психических нарушений в общей медицинской практике. Распространенность среди населения около 5,0%, соотношение мужчин и женщин – 2:1. Этот диагноз используется в случаях, когда в состоянии пациента примерно в одинаковой степени представлены симптомы как тревоги, так и депрессии. У него наблюдаются пониженное настроение, утрата прежних интересов, способности получать удовольствие (ангедония), двигательная и мыслительная заторможенность, снижение самооценки и уверенности в себе, снижение аппетита, нарушения сна в виде ранних пробуждений. Из вегетативных проявлений отмечаются сердцебиения, сухость во рту, дрожь, неприятные ощущения в животе.

При этом состояние пациента не удается связать с какими-либо психотравмирующими событиями и жизненными стрессами. Чаще всего больные с СТДР до психиатра не доходят, а лечатся у других врачей с диагнозом самых разнообразных телесных заболеваний.

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР). Отмечается у 1,5% населения, соотношение мужчин и женщин – 1:1. Для начала заболевания

типичен возраст 15–30 лет. Течение хроническое. Главные признаки ОКР – *обсессии* (навязчивости) и *компульсии* (действия, направленные на снижение тревоги).

Обсессии – часто повторяющиеся, непроизвольные и тягостные для человека мысли, чувства или импульсы (Закрыл ли дверь?, Выключил ли утюг?, Заразился ли сифилисом при разговоре с больным?).

Компульсии – это действия, которые при всей своей внешней целесообразности (многократное мытье рук, проверки и перепроверки сделанного, частая уборка помещения) в действительности совершаются человеком с единственной целью – снизить тревогу, вызванную обсессиями. Пациент осознает нелепость своих опасений и действий, борется с ними, но ничего поделать не может. Постоянно присутствуют вегетативные симптомы тревоги. Важно знать, что у большинства больных обсессии и компульсии присутствуют одновременно.

Фобические расстройства (ФР). Фобия представляет собой постоянный иррациональный страх какого-либо объекта или ситуации, что ведет к избеганию их человеком (*фобия от греч. «страх»*). Различные страхи более характерны для разных возрастных периодов, например, для шестидесятилетних – страх толпы, болезни, смерти, для двадцатилетних – боязнь змей, высоты, грозы, социальных ситуаций. При этом избегающее поведение сопровождается тревогой и заметно нарушает ход жизни пациента, выполнение им своих социальных функций. Распространенность среди населения – 3,0%, с одинаковой частотой у мужчин и женщин. Фобические расстройства разделяют на простые и социальные фобии. Простые – обычно начинаются в детстве и с годами нередко проходят. Сложные фобии начинаются в молодости и имеют хроническое течение. Для простых фобических расстройств характерен страх животных (мышей, крыс, собак, насекомых и др.), страх высоты, темноты, грозы других природных явлений, а также страх авиапутешествий. Разновидностями социальных фобий являются страх публичных выступлений («страх сцены»), страх есть или играть на музыкальных инструментах в присутствии посторонних и т.д.

При столкновении с фобическим стимулом у пациентов возникает острая тревога и сопутствующие ей вегетативные нарушения. Со временем формируется избегающее поведение. На современном этапе развития медицины большинство этих расстройств не распознается.

Чем отличается «естественный» страх от фобии? Фобия – более сильный и стойкий страх, при ней велико желание избегать пугающего предмета или ситуации, фобические страхи могут драматично влиять на личную, профессиональную и социальную жизнь человека.

Агорафобия (АФ). Синоним – паническое расстройство с агорафобией. Ее признаком является отчетливый и постоянно появляющийся страх, по меньшей мере, в двух из следующих ситуаций, или избегание этих ситуаций: толпы; публичных мест; путешествия в одиночку; передвижения вне дома, особенно

без сопровождения. Симптомы тревоги появляются в ситуациях, вызывающих страх, или при мысли о них. Для АФ характерен выраженный эмоциональный дистресс в связи с постоянным стремлением избежать тревожной ситуации. При этом больной осознает, что страх чрезмерен и необоснован.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) или травматический невроз. Для возникновения ПТСР человек должен быть подвержен воздействию стрессорного события или ситуации исключительно угрожающего или катастрофического характера (например, автокатастрофа, военные действия, тяжелый несчастный случай, наблюдение за насильственной смертью других, роль жертвы пыток, изнасилования, другого серьезного преступления).

В США женщины становятся жертвами насилия и других сексуальных нападений в 10 раз чаще мужчин. В этой стране каждые 16 секунд происходит преступление с насилием, каждые 5 минут – изнасилование, каждую 21 минуту – убийство (из официального доклада ФБР о преступлениях, 1993).

В течение 6 месяцев после стрессогенной реакции возникают следующие 3 симптома:

1. Стойкие воспоминания или «оживления» стрессора в навязчивых воспоминаниях, снах, либо повторное переживание горя при воздействии обстоятельств, напоминающих стрессор.

2. Больной должен проявлять фактическое избегание или стремление избежать обстоятельств, напоминающих, либо ассоциирующихся со стрессором (что не наблюдалось до воздействия стрессора).

3. Любое из двух:

а) психогенная амнезия (частичная или полная) в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора;

б) стойкие признаки повышения психологической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до действия стрессора), представленные любыми двумя из следующих: затруднение засыпания или частое пробуждение; раздражительность или вспышки гнева; затруднения концентрации внимания; повышение уровня бодрствования; усиленный ориентировочный рефлекс («сторожевой рефлекс»), сопровождающийся испугом.

КОНЦЕПЦИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ В РАЗЛИЧНЫХ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ПОДХОДАХ

Паническое расстройство.

Биологическая модель: В 60-х гг. прошлого века обратили внимание на одну деталь: больным с паническим расстройством помогают не столько бензодиазепины, сколько – антидепрессанты. Уже было известно, что антидепрессанты изменяют активность медиатора *норэпинефрина.* Дальнейшие исследования показали, что у людей с приступами паники активность норэпинефрина непостоянна. В головном мозге много нейронов, использующих этот медиатор, в **голубом пятне.** Раздражение его электротоком у

обезьян вызывало панику. Аналогичные результаты были получены при введении веществ, влияющих на активность норэпинефрина.

Не отрицается в генезе панического расстройства и роли наследственности. Так, у однояйцевых близнецов, если один из них обладает паническим расстройством, у второго оно обнаруживается в 24,0% случаев (одинаков набор генов). У разнояйцевых (идентична лишь часть генотипа) – в 11,0% случаев.

Когнитивная модель: Когнитивные теоретики считают, что люди могут обладать высокой чувствительностью к определенным телесным ощущениям и интерпретировать их как признаки болезни. Эти люди, подверженные панике, не пытаясь осознать причину своих ощущений (например, «я съел что-то не то») все больше и больше беспокоятся о том, что не могут контролировать себя, боятся самого худшего и стремительно впадают в панику. Предполагая возврат «опасных» ощущений, они тем самым готовят себя к следующим приступам паники.

Возможными причинами этого могут быть: 1) частые непредсказуемые события в детстве, которые слабо контролировались; 2) хронические болезни в семье, с избыточной реакцией родителей на подобные симптомы; 3) слабое умение бороться со стрессом и нехватка социальной поддержки. Подверженные паники люди имеют *высокую степень тревожной чувствительности* («зациклены» на своих ощущениях, интерпретируют их как потенциально опасные, не мыслят логически).

Генерализованное тревожное расстройство.

Биологическая модель: ГТР связано с биологическими факторами. Этому подтверждение – генеологические исследования. Родственники больных с ГТР имеют ГТР в 15,0% случаях, в сравнении с 4,0% в общей популяции населения. Кроме того, в 70-е гг. XX ст. доказана роль гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) в регуляции чувства тревоги. Являясь важным нейротрансмиттером мозга, она блокирует передачу сигнала между нейронами в области их ГАМК-рецепторов, что сопровождается угасанием тревоги. ГТР может быть связано с недостаточным запасом ГАМК или ее рецепторов, определяющими развитие болезни.

Психодинамическая модель: З. Фрейд считал, что каждый ребенок в процессе своего воспитания испытывает тревогу. Он предположил, что дети чувствуют *реалистическую* тревогу, когда сталкиваются с действительной опасностью. Когда родители или обстоятельства постоянно удерживают их от выражения импульсов Ид, они испытывают *невротическую* тревогу. А когда детей наказывают за то, что они выражают импульсы Ид, они испытывают *моральную* тревогу. По Фрейду, мы все использует защитные механизмы Эго, чтобы справиться с этими формами тревоги. Но у некоторых людей эта тревога бывает излишней, а механизмы ее контроля – неадекватными, что приводит к ГТР. Конкретизируем это примером:

Защитные механизмы человека (Эго) могут быть слабы, они не выдерживают стресса и захлестываются невротической и моральной тревогой. Это может произойти с человеком, имеющим высокий уровень тревожности. Если маленький мальчик получал шлепки всякий раз, когда плакал, требуя молока, будучи младенцем, пачкал штаны, будучи двухлетним ребенком, исследовал свои гениталии, будучи четырехлетним – он в конце концов поверит, что импульсы ИД опасны. Тогда всякий раз, испытывая эти импульсы, он будет испытывать непреодолимое чувство тревоги. Эти проявления гиперопеки родителей (защита от угроз и фрустраций) не дают сформироваться эффективным защитным механизмам Эго ребенка. Требования взрослой жизни подтверждают их несостоятельность.

Когнитивная модель: Причина психологических проблем, в том числе связанных с возникновением ГТР, дисфункциональные способы мышления. По мнению сторонников этой модели (Аарон Бек), ГТР вызывается *неадекватными посылками.* Альберт Эллис считает, что некоторые люди имеют иррациональные убеждения, которые заставляют их неуместно, нецелесообразно действовать или реагировать на действия других. Он назвал их базовыми *иррациональными убеждениями* и указал, что люди с ГТР часто обладают следующими из них:

- *необходимо иметь любовь и одобрение каждого значимого человека;*
- *ужасно, если идет все не так, как хотелось;*
- *если есть что-то опасное, надо этим обеспокоиться и концентрировать внимание на возможности появления этой опасности;*
- *если считать себя стоящим, надо быть компетентным, адекватным и успешным во всех отношениях.*

Когда люди с такими установками сталкиваются со стрессом (например, экзамен, встреча с незнакомцем), они склонны считать это опасным и угрожающим и чувствуют страх. Когда эти предпосылки начинают касаться все большего числа событий, то может развиться ГТР. У пациентов с ГТР – «раздутые» представления об угрожающих событиях и их последствиях, например, о телесных повреждениях, болезнях, неспособности с чем-то справиться, неприятии со стороны других людей. Считается, что постоянно ожидают опасность люди, которые ранее переживали *непредсказуемые негативные события.* Они начинают бояться всего неизвестного и ждут неприятностей. Чтобы избежать неожиданного удара, они пытаются предсказать все новые и новые негативные события (ищут «знаки опасности» во всем), что вызывает тревогу, в том числе и ГТР.

Гуманистическая и экзистенциальная модели*:* ГТР, по мнению сторонников этой модели, возникает, когда люди перестают честно смотреть на себя и принимать себя такими как они есть. Вместо этого они искажают и отрицают свои искренние мысли, эмоции и естественное поведение. Раз за разом повторяющееся самоотречение ведет к крайней тревожности и невозможности реализовать себя как личность.

Гуманистические теоретики, например, Карл Роджерс, считают, что некоторые люди развивают защитный способ поведения тогда, когда будучи детьми, они не получили *позитивного отношения* к себе от других. Они начинают слишком «жестко» относиться к себе, создают свои требования («условия значимости» по Роджерсу). Они стараются соответствовать этим стандартам, постоянно искажая и отрицая свои истинные переживания. Несмотря на старания, возникают грозные самообвинения, что ведет к тревоге – почве для ГТР.

Экзистенциалисты считают, что ГТР происходит из *экзистенциальной тревоги* (глубинного страха конечности жизни и ответственности, налагаемой ею). Эта тревога возникает потому, что мы переживаем следующие мысли: 1) жизнь не безгранична (человек боится смерти); 2) наши действия и наш выбор могут причинять вред другим людям; 3) наше собственное существование может быть бессмысленным. Может быть 2 варианта встречи людей со своей экзистенциальной тревогой: 1) Прием ответственности за свои действия, решения, наполнение жизни смыслом и понимание собственной уникальности. 2) Уклонение от этого внутреннего столкновения, ведение «ненастоящей» жизни в виде отрицания своих страхов, способов выбора, избегание ответственности и излишняя приспособляемость к нормам общества.

Социокультурная модель: ГТР подвержены те, кто находится в действительно **опасных социальных условиях**. Исследования показали, что людям в состоянии опас-

ности свойственны ощущения напряженности, тревоги, усталости, преувеличенные реакции испуга и нарушения сна, указывающие на данное расстройство (например, жизнь вблизи АЭС после аварии). Важный фактор – **бедность**: для нее свойственно проживание в полуразрушенных домах, криминогенное окружение, малый шанс получить хорошую работу, образование и медицинскую помощь. Играет роль **раса**: ГТР в США у афро-американцев встречается в 6,0% случаев в отличие от людей с белым цветом кожи (3,5%). Источников социального стресса в излагаемом контексте может быть **перенаселенность.** Самый перенаселенный город мира Манила (66480 человек на 1 кв. км), Шанхай, Париж, Каир и Бомбей.

Обсессивно-компульсивное расстройство.

Биологическая модель: Важным признается 2 факта: 1) аномально *низкая активность* медиатора *серотонина;* 2) *аномальное функционирование* некоторых ключевых *зон головного мозга.* Установлено, что только те антидепрессанты, которые повышают активность серотонина, эффективны в лечении ОКР. Из зон ГМ, деятельность которых важна в возникновении ОКР, выделяют *кору нижних поверхностей лобных долей, расположенную над глазами и базальные хвостатые ядра ГМ.* Вместе взятые, они участвуют в цикле превращения сенсорной информации в мысли и действия. Цикл начинается в коре нижней поверхности лобных долей (место возникновения сексуальных, агрессивных и других примитивных мыслей), продолжается в «фильтре» – хвостатых ядрах и далее – в таламусе (мысль, достигшая его, заставляет человека действовать). По мнению ученых, ОКР возникает тогда, когда поток мучительных мыслей интенсивен и они «прорываются» в таламус (зрительный бугор ГМ). Подтверждения в пользу этой модели следующие: изменение в течении ОКР после черепно-мозговой травмы с повреждением лобных долей ГМ; большая мозговая активность вышеперечисленных областей при применении методов нейровизуализации ГМ у больных с ОКР; серотонин играет большую роль в нейропроцессах, происходящих именно в зоне нижних поверхностей лобных долей и хвостатых ядер ГМ.

Психодинамическая модель: Сторонники этой модели считают, что тревожные расстройства формируются тогда, когда дети начинают бояться импульсов своего Ид и используют защитные механизмы Эго, чтобы смягчить возникающую в результате тревогу. Что отличает обсессивно-компульсивное расстройство от других тревожных расстройств? Борьба между вызывающими тревогу импульсами Ид и снижающими тревогу защитными механизмами Эго разворачивается *в запутанных и волнующих мыслях и действиях*, а не в бессознательном! Импульсы Ид обычно принимают форму навязчивых идей, а защитные механизмы Эго проявляются в качестве противоположных идей или навязчивых действий. *Например, Женщина, которую преследует картина того, что ее мать лежит, разбившись и истекая кровью, может противостоять этим мыслям, постоянно проверяя, все ли в порядке дома.*

Согласно теоретикам психодинамического подхода, ОКР обычно сопутствуют 3 защитных механизма Эго:

- ***изоляция*** *(отказ от своих неудобных и нежелательных мыслей, ощущение их как вторжение извне);*
- ***аннулирование*** *(осуществление действий, предназначенных нейтрализовать нежелательные импульсы Ид – например, постоянное мытье рук, по мнению человека, аннулирует возможность заболеть инфекционным заболеванием);*

- ***реактивное образование*** *(избрание жизненного стиля, прямо противоположного импульсам Ид – например, ведение жизни, полной доброты и преданности другим, хотя на самом деле…).*

З. Фрейд считал, что во время *анальной стадии* развития (начинается в двухлетнем возрасте) дети получают удовольствие от дефекации. При приучении детей к туалету они должны отказываться от своих анальных удовольствий. Если родители преждевременно или строго заставляют ходить на горшок, у детей могут развиваться *агрессивные импульсы Ид*, часто имеющие внешнее выражение: дети начинают чаще пачкать одежду, становятся неаккуратными, деструктивными и упрямыми.

Если родители сдерживают эту агрессию путем давления и устыжения, дети чувствуют стыд, вину (также ощущают себя «грязными»). Таким образом, идет соперничество между агрессивными импульсами и желанием их контролировать (пачкать – не пачкать…). Если этот конфликт между Ид и Эго продолжается, то возможно его перерастание в обсессивно-компульсивное расстройство.

Бихевиористская модель: Теоретики этой модели больше занимались формированием навязчивых действий, нежели причинами возникновения навязчивых мыслей. Она имеет небольшую поддержку клиницистов. Бихевиористы предполагают, что люди приобретают навязчивые действия *случайно.* В ситуации тревоги они, как бы случайно, начинают мыть руки, говорить или одеваться определенным образом. Когда угроза проходит, больные связывают улучшение ситуации с этим особенным действием. После нескольких случайных совпадений люди начинают верить, что это действие исправляет ситуацию, и они снова и снова повторяют его. Этот акт становится методом избегания тревоги. Действительно, навязчивые действия снижают уровень тревожности:

В эксперименте Стэнли Рэчмена и коллег 12 человек с навязчивым мытьем рук контактировали с объектами, которые они считали зараженными. Изначально измерялся уровень их тревоги. Ритуал мытья рук положительно влиял на пациентов, снижая их тревогу в эксперименте.

Когнитивная модель: В формировании ОКР когнитивисты основным считают *преувеличенное внимание к нежелательным мыслям.* У каждого человека имеются нежелательные, повторяющиеся, назойливые мысли о причинении вреда другим, об участии в неприемлемых сексуальных актах, о заражении вирусами… Большинство людей отбрасывает их или игнорирует. Те, у кого сформировалось ОКР обычно винят себя за такие мысли и предполагают, что произойдет что-то ужасное. Чтобы избежать таких отрицательных результатов, они пытаются *нейтрализовать* свои мысли – думают и ведут себя таким образом, который предназначен исправить происходящее внутри них, возместить неудобные мысли. Это может быть требование особого одобрения со стороны других, сознательное создание «хороших» мыслей, мытье рук, проверка возможных источников опасности. Нейтрализующее усилие снимает дискомфорт, оно подкрепляется и, соответственно, используется снова. Так формируются *навязчивые действия.*

Исследователями выделяются личностные признаки, предрасполагающие к развитию ОКР: склонность к депрессии; чрезвычайно высокие стандарты поведения и морали; ощущение, что негативные мысли могут причинить вред другим, ответственность за предотвращение этой опасности; вера, что можно и должно контролировать свои мысли и действия.

Фобические расстройства

Психодинамическая модель: З. Фрейд считал, что фобия является результатом чрезмерного использования человеком защитных механизмов *вытеснения и переноса* для контролирования скрытой тревоги. Такие люди вытесняют свои страхи в бессознательное (вытеснение) или перемещают их на нейтральные объекты или ситуации (перенос), с которыми легче справиться и которые легче контролировать. Фрейд иллюстрировал это следующим примером:

У четырехлетнего мальчика Ганса развилась фобия перед лошадьми. Фрейд доказал, что «семена» этого страха были посеяны за год до этого. Когда Гансу было 3 года он начал выражать свои сексуальные чувства к своей матери, манипулируя своим пенисом и обращаясь к ней с просьбой положить на него палец. Мать указала, что желания сына неприличны и ответила угрозой отрезать его пенис. Мальчик был сильно напуган и боялся, что отец также узнает о его желаниях и кастрирует его. Ганс не сознательно боялся импульсов своего Ид, он вытеснял их и переносил свои страхи на нейтральный объект – на лошадей. Его выбор пал на них в связи с ассоциацией лошадей с отцом.

Теория З. Фрейда не получила большой научной поддержки в отличие от современной теории бихевиористов, которая сегодня является наиболее влиятельной в клинической сфере.

Сторонники современных ***биологической, когнитивной, гуманистической моделей*** тоже оказались не в состоянии пролить свет на причину возникновения фобий у людей.

Бихевиористская модель: По мнению теоретиков этой модели люди с фобиями формируют свой страх перед определенными объектами, ситуациями или событиями путем ***классического обуславливания.*** Однажды испытав страх перед объектом, ситуацией, люди избегают их, теряя возможность обрести контроль над своим страхом. В уме человека прочно «связываются» два одновременно происходящих события, а затем человек одинаково реагирует на каждое из них. Если одно событие вызывает реакцию страха, то ее может вызвать и другое событие. Следующий пример, описанный учеными в 20-х гг. XX в., описывает случай возникновения фобии «текущей воды» у молодой женщины путем классического обусловливания:

Семилетним ребенком она отправилась на пикник со своей матерью и тетей. После завтрака одна убежала в лес. Карабкаясь по большим камням, она обнаружила, что нога застряла между двумя из них. Никто не слышал ее криков и она пугалась все больше и больше. На языке бихевиористов эта «ловушка» формировала реакцию страха. Пытаясь освободить ногу, девушка слышала неподалеку шум водопада. Звук бегущей воды связался в ее уме с яростным сражением с камнями, и у нее также выработался страх перед бегущей водой. Наконец тетя нашла плачущего ребенка и успокоила, но психологическая травма уже была нанесена. С того дня девочка боялась шума бегущей воды. В течение многих лет членам семьи приходилось заставлять ее принимать душ, при поездках в поезде – закрывать окна, чтобы девочка не видела и не слышала рек.

Приобретение страха возможно и путем ***моделирования***, т.е. путем наблюдения и подражания. Человек может наблюдать, как другие боятся каких-то предметов или событий, и сам приобрести страх перед ними.

Примером может быть маленький мальчик, мама которого боится болезней, врачей и больниц. Неоднократная демонстрация этих страхов перед сыном может

привести у него к формированию фобии с такими же страхами. Или еще пример: фильм Стивена Спилберга «Челюсти» привел к возросшему страху перед акулами во всем мире.

Страхи, приобретенные в процессе жизни, особенно когда их много, могут перерастать в генерализованное тревожное расстройство *(«генерализация стимулов»)*. Фобические реакции могут вызываться похожими стимулами, например, страх перед бегущей водой может вызываться звуком наливаемого в стакан молока.

Фобии животных, высоты и темноты в жизни встречаются чаще, чем фобические реакции на мясо, траву, здания. Бихевиористы объясняют это тем, что люди имеют *предрасположенность* (готовность) к формированию определенных страхов. Это подтверждает эксперимент Арни Аман с коллегами (1993 г.):

Двум группам людей демонстрировали слайды с человеческими лицами, зданиями, змеями и пауками. Одна группа получала электрошок во время показа лиц и зданий, вторая – змей и пауков. Так формировался страх на определенные объекты. У исследуемых для оценки его уровня измеряли КГР (кожно-гальванические реакции). Через некоторое время после отмены электрошока у группы, видевшей ранее лица и здания, прекратилась регистрация высокой КГР (читай – выраженного страха), а у людей со сформировавшимся страхом на змей и пауков при показе этих объектов высокий уровень КГР сохранялся долгое время. Вывод: животные и змеи скорее могут сформировать фобии у людей, чем лица или здания.

Почему? 1) Возможно, еще наши древние предки, мечтая пожить подольше и оставить потомство, опасались животных, могущих нанести им вред. Потом эта склонность передалась генетически. 2) Наш жизненный опыт с ранних лет нас учит, что есть объекты, являющиеся законным источником страха. Это обучение предполагает формирование у многих людей соответствующих страхов.

Посттравматическое стрессовое расстройство

В аспекте формирования стрессовых расстройств ученые рассматривают, кроме специфики самого стресса, ряд сопутствующих моментов (биологические факторы, детский опыт, личность, социальную поддержку и степень тяжести полученной травмы). Действительно, почему ПТСР развивается не у всех людей, перенесших психическую травму?

Биологические и генетические факторы. Имеются доказательства того, что травматическое событие вызывает такие изменения ГМ и всего организма, которые могут вести к тяжелым стрессовым реакциям и стрессовым расстройствам. Ученые обнаружили аномальную активность медиатора *норэпинефрина* и гормона *кортизола* в моче и крови солдат, участвовавших в военных действиях, изнасилованных женщин, людей, выживших в концентрационных лагерях или подвергшихся иному сильному стрессу. Возможно, что люди, чьи биохимические реакции на стресс особенно сильны, более склонны к ПТСР. Некоторые считают, что к этому есть генетическая предрасположенность. Обследование 4000 близнецов, воевавших во Вьетнаме, показало, что они имеют сходные проблемы после перенесения тяжелого стресса.

Детский опыт. Некоторые события детского возраста подвергают людей риску впоследствии заболеть ПТСР. Это нищета, развод родителей, когда ребенку еще не было 10 лет, психологические расстройства у членов семьи, испытание насилия, жестокого обращения в раннем возрасте, катастрофы.

Личность. ПТСР подвержены лица с определенным личностным профилем. *Например, последствия урагана Хьюго показали, что дети, имевшие до урагана более*

высокий уровень тревоги*, чем другие, оказались более склонны к формированию тяжелых стрессовых реакций.* Кроме того, лица, имевшие до стресса ***психологические проблемы*** также гораздо более уязвимы, чем люди, жившие до стресса, без них. Также к группе риска ПТСР относятся лица, которые рассматривают негативные события в своей жизни как находящиеся вне их контроля, нежели те, кто чувствует большую власть над событиями своей жизни.

Социальная поддержка. Обнаружено, что люди, получившие недостаточную социальную поддержку после травматического события, более склонны к формированию ПТСР. Жертвы изнасилования, видя любовь родных и близких, успешно восстанавливают свое психическое здоровье. Это касается и людей, в ком система юстиции поддержала собственное достоинство и самоуважение.

Тяжесть травмы. Важны 2 момента: *тяжесть травмы и природа травматического события.* Некоторые события могут затмить даже влияние счастливого детства, позитивного отношения и социальной поддержки. Например, при исследовании ветеранов вьетнамской войны через 5 лет после ее окончания, попавших в плен во время боевых действий, у 23,0% из них был выставлен клинический психиатрический диагноз, в том числе и ПТСР. Изначально, это были кадровые военные ВВС США и до плена признавались психически здоровыми.

В большинстве случаев, *чем тяжелее травма, тем выше вероятность развития ПТСР*. Выводы, сделанные врачами из предыдущего примера, таковы: максимальный процент психических расстройств имел место у лиц, подвергшихся истязаниям с особой жестокостью и находившихся в плену дольше других.

Риск ПТСР выше у людей, получивших *увечья и тяжелые физические травмы,* равно как и свидетели нанесения другим людям травм и очевидцы убийства. Как сказал один человек, выживший в катастрофе: *«Тяжело быть оставшимся в живых».*

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Не все методы психологической коррекции тревожных расстройств одинаково эффективны в отношении определенных видов психических нарушений. Остановимся на наиболее применяемых сегодня методиках психологической помощи:

Паническое расстройство

Биологическое лечение началось с 1962 г., когда Дональд Кляйн и Макс Финк обнаружили, что определенные антидепрессанты могут снять приступы паники и уменьшить их частоту. По данным ученых, они эффективны в 80,0% случаев ПР. Недавно подтверждена высокая эффективность при ПР альпразолана (ксанакса). Лекарственное лечение можно сочетать с психотерапией.

Когнитивнвая терапия связана с попытками коррекции терапевтом неверной интерпретации людьми своих телесных ощущений. Эта «пошаговая терапия» включает: рассказ о природе приступов паники и тенденции пациен-

тов неверно интерпретировать свои ощущения; научение правильности интерпретации ощущений в ситуации стресса (релаксация, дыхательная гимнастика, отвлечение, например, разговором); вызов ощущений паники (испытательные процедуры) для опробирования пациентами своих новых интерпретаций (например, если паника вызывается сердцебиением, предлагают побегать или подняться по лестнице, затем больной использует соответствующую интерпретацию ощущений, не сосредотачивая на них внимания. Эффективность терапии ПР – 85,0%.

Генерализованное тревожное расстройство

Биологическое лечение ГТР включает назначение *успокаивающих препаратов*, а также *тренинг релаксации* (обучение расслаблению мышц тела) и *биологическая обратная связь* (обучение контролю скрытых биологических процессов, влияющих на проблемы пациентов).

Из транквилизаторов чаще назначают препараты группы бензодиазепинов (хорошо снимают тревогу и не влияют пагубно на активность людей). Их недостатки: возврат тревоги после отмены препарата; зависимость от него; побочные действия, например, сонливость, депрессия, нарушения памяти, агрессивность; усиление действия алкоголя. На практике чаще других используют диазепам.

Тренинг релаксации проводится курсами. Пациенты учатся волевым усилием вводить себя в состояние глубокого мышечного расслабления.

Биологическая обратная связь заключается в контроле пациентом физиологических функций, скажем, пульса, напряжения мышц и др. Он подключается к монитору и под контролем терапевта отрабатывает навыки под визуальным контролем своего состояния. Часто используется электромиограф, который регистрирует электропотенциалы, возникающие при напряжении мышц.

Психодинамические методы терапии при ГТР, как и для всех других психологических проблем, одинаковы. Для того, чтобы помочь человеку справиться со своими трудностями в ней используется метод *свободных ассоциаций* и *интерпретация терапевтом переноса, сопротивления и сновидений* пациента. Эта терапия предназначена помочь людям с ГТР не так бояться импульсов своего Ид и успешно их контролировать. *Терапия объектных отношений* скорее направлена на то, чтобы помочь тревожным пациентам решить детские проблемы взаимоотношений, поддерживающие высокий уровень тревоги в детском возрасте. Психодинамический подход не всегда помогает при ГТР.

Экзистенциалисты используют разнообразные техники для того, чтобы помочь тревожным людям принять большую ответственность и обрести больший смысл жизни. В одних случаях они поддерживают людей, в других – противостоят их убеждениям.

В *когнитивной терапии* при ГТР используют обычно 2 подхода: 1) терапевты помогают людям менять неадекватные убеждения, лежащие, предположительно, в основе расстройств; 2) специалисты учат пациентов держать себя в руках в ситуации стресса.

Рационально-эмотивная терапия Эллиса предполагает указания на иррациональные убеждения пациентов, предлагает более приемлемые установки и домашние задания, которые дают возможность приобрести практические навыки в замене старых убеждений на новые. Бек предложил похожую, но более систематичную, терапию, известную как *когнитивная.* Дональд Мейхенбаум разработал свою когнитивную технику борьбы со стрессом – *тренинг самоинструкций* или «*прививка» от стресса.* Суть – неприятные мысли, возникающие в сложных ситуациях (негативные самоубеждения) заменяются на позитивные, снимающие стресс. Изучаются самоубеждения, которые могут быть полезными в разных ситуациях, например, разговор с начальником о повышении в должности.

Обсессивно-компульсивное расстройство

Биологическое лечение ОКР включает назначение *антидепрессантов*. Прием кломипрамина, флюоксетина и флювоксамина вызывает улучшение у 50,0 – 80,0% больных с ОКР. При этом «навязчивости» не исчезают, но, как минимум, уменьшаются вдвое.

Психодинамические методы терапии при ОКР малоэффективны. Используются техника свободных ассоциаций и интерпретации терапевта. ***Бихевиористские методы*** терапии исходят из исследования В. Майера в 60-х гг. прошлого столетия, когда он дал указание персоналу следить за больными с ОКР и не давать им исполнять навязчивые действия. Положительный эффект был налицо. Позже, в 70-е гг. ХХ ст., Стэнли Рэчмен просто предписывал пациентам стараться воздерживаться от навязчивых действий, что имело тот же результат. Разработанный им метод называется – метод погружения и предотвращения ответных действий. Его суть: пациента несколько раз вводят в контакт с пугающими объектами, вызывающими навязчивые мысли и действия. По инструкции он должен сопротивляться желанию произвести навязчивое действие. Человеку трудно остановиться и терапевт подает ему пример: он под наблюдением больного взаимодействует с объектом, не осуществляя никаких навязчивых действий. Затем воодушевляет больного делать то же самое.

У человека, боящегося «загрязнения», что проявляется навязчивыми мыслями и действиями, в домашнюю самостоятельную работу можно рекомендовать следующие приемы: «Бросьте простыни и одеяла на пол, затем постелите их на кровати.

Спите неделю, не меняя постельных принадлежностей»; «Уроните печенье на грязный пол, поднимите и съешьте».

При ОКР применяются также подходы, сочетающие ***когнитивные и бихевиористские*** техники. Например, *тренинг адаптивности*: терапевт снова и снова вызывает у больного навязчивые мысли. Интенсивная экспозиция делает их не такими угрожающими, тревога понижается, что уменьшает число навязчивых мыслей и действий. *Техника скрытого предотвращения ответа*: пациентов учат воздерживаться от выполнения навязчивых действий, которые могут возникать во время тренинга адаптивности.

Фобические расстройства

Методы терапии специфических фобий. Основными бихевиористскими подходами к лечению этих фобий являются *систематическая десенситизация, наводнение* и *моделирование.* Это методы терапии воздействия, так как в них люди сталкиваются с предметами их страха.

Систематическую десенситизацию разработал Джозеф Вольпе (1969 г.), которая заключается в обучении людей расслаблению во время нахождения под воздействием пугающих их объектов или ситуаций. Здесь главный тезис: расслабление и тревога несовместимы. Сначала пациента учат расслабляться. Затем предлагают составить «иерархию страхов» в возрастающем по интенсивности ощущений порядке. Далее терапевт совмещает «расслабление» и «страх», начиная с минимально пугающего объекта. Пугающая ситуация может быть реальной или воспроизводимой мысленно. Врач и больной «карабкаются» вверх по иерархической лестнице страхов до полного их преодоления пациентом.

Наводнение основано на тезисе, что люди перестают бояться тех вещей, с которыми их постоянно сталкивают, демонстрируя их безвредность в действительности. Терапевты заставляют встречаться пациентов с пугающими предметами или ситуациями, не прибегая к тренингу релаксации или ступенчатому подходу.

Моделирование включает встречу со «страхом» терапевта, пациент же наблюдает за этим со стороны. Врач показывает беспочвенность страхов больного, например, манипулируя со змеей. Позже возможно присоединение пациента к этому процессу (*моделирование с участием*).

Методы терапии социофобий. Терапия исходит из того, что в социофобиях имеется 2 составные части: 1) наличие сильных социальных страхов; 2) нехватка опыта в том, как начинать разговор, как говорить о своих потребностях, как воспринимать нужды других. Социальные страхи, в отличие от специфических фобий, легко поддаются лечению при помощи лекарств, особенно антидепрессантов. В то же время некоторые психотерапевтические

техники при СФ бывают даже более эффективнее лекарств. *Терапия воздействия* – это бихевиористский подход, когда терапевт уговаривает и воодушевляет пациента принять участие в пугающих их социальных ситуациях и не выходить из них, пока не уйдет страх. *Групповая терапия* – это метод психотерапии, где людям предлагают пугающие ситуации в группе, в атмосфере поддержки и заботы.

Например, человеку с боязнью того, что его руки будут дрожать в присутствии других, предлагают писать перед группой что-то на доске, разливать по чашкам чай для участников группы.

Для лечения социофобий широко используют и когнитивные методы в сочетании с бихевиористскими техниками. Исследования показали высокую эффективность рационально-эмотивной терапии и подобных ей когнитивных подходов в снижении социальных страхов. Теория Эллиса лучше подходит для лечения социофобий, чем большей части других расстройств.

Тренинг социальных навыков – метод терапии, который помогает пациентам осваивать или улучшать социальные навыки и приобретать уверенность в себе с помощью ролевых игр и репетиций поведения в определенных ситуациях. При этом терапевты обеспечивают обратную связь и подкрепляют (хвалят) пациентов за успешное выполнение упражнения. Для больного еще более важно подкрепление от *других* людей.

Посттравматическое стрессовое расстройство

Методы терапии ПТСР могут широко варьировать. Известно, что это заболевание при лечении длится в среднем 3 года, без него – 5,5 лет. Основные цели терапии следующие:

- помощь оставшимся в живых избавиться от затянувшихся симптомов;
- разбор их травматического опыта;
- возвращение к нормальной жизни.

Чаще других используются *медикаментозная терапия, методики погружения, инсайт-терапия, семейная и групповая терапия*. Оптимально сочетание методик.

Успокаивающие лекарства снимают напряжение и нервозность, антидепрессанты уменьшают частоту ночных кошмаров, «обратных кадров», депрессию.

Поведенческие техники при ПТСР также эффективны, например, *наводнения и тренинг релаксации*. Ветерану войны помогают установить ее сцены, которые он вспоминает наиболее часто. Предлагают восстановить одну из них в деталях и удерживать этот образ, пока тревога не исчезнет. После каждого такого «упражнения наводнения» врач переключает пациента на позитивный образ и сопровождает это упражнениями на релаксацию.

Лекарства и техники погружения улучшают состояние больных с ПТСР, но полностью не снимают проблемы. Эти люди должны прийти к осознанию

(инсайту) своих проблем, впечатлений от войны и пониманию того, какое воздействие продолжают оказывать на них эти впечатления. Врачи помогают высказать пациентам с ПТСР их глубинные чувства, принять то, что они сделали и пережили, меньше осуждать себя и больше доверять людям.

Перспективны в коррекции ПТСР *супружеские и семейные терапии*. Члены семьи часто бывают «мишенью» этого расстройства в виде реализуемой больным агрессии, тревожно-депрессивных реакций. В последнее время становятся популярными *дискуссионные группы*, которые представляют собой разновидность групповой психотерапии.

Общественная терапия – это социокультурная модель в действии. Это помощь специалистов по душевному здоровью, сети реагирования в случаях катастроф, традиционные долговременные службы психологического здоровья. Первоочередная задача специалистов этих служб – быстрая помощь пострадавших и удовлетворение их основных жизненных потребностей.

Лекция № 8
ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИССОЦИАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Вопросы:

1. Понятие «стресса» как неотъемлемой части нашей жизни.

2. Концепция истерии в классическом психоанализе. Современные представления об истерии.

3. Понятие «диссоциация» («конверсия») в аспекте патопсихологии. Диссоциативные (конверсионные расстройства). Современная классификация.

4. Психогенная амнезия. Психогенная фуга. Расстройство в виде множественной личности.

ПОНЯТИЕ СТРЕССА КАК НЕОТЪЕМЛЕМОЙ ЧАСТИ НАШЕЙ ЖИЗНИ

Психологические травмы и их последствия тесно связаны с таким понятием как «стресс». Стресс (перевод с анг. – давление, нажим, напряжение) – это не синоним понятия «дистресс» (перевод с анг. – горе, несчастье, недомогание, нужда, истощение). Согласно определению канадского ученого-физиолога **Г. Селье**, который открыл явление стресса и ввел это слово-понятие в научный обиход (потом оно стало бытовым), ***стресс*** **– это** *неспецифический* **ответ организма на** *специфический* **стимул**.

Неспецифический – это значит, что каждое предъявленное организму требование своеобразно или специфично. Так бывает в жизни, когда казалось бы не связанные *«специфические»* вещи обладают *неспецифическим* свойством. Например, человек, стол, дерево – весом. Вес выступает как неспецифическое свойство для специфических предметов, имеющих разную форму, температуру, цвет.

Стрессовые реакции, по мнению Г. Селье, присущи *низшим животным*, которые не имеют нервной системы. Переживают стресс и *растения*. Более того, в хирургии хорошо известен *стресс наркоза*, который приводит к нежелательным отключениям сознания больного.

Все в природе взаимообусловлено, любые воздействия подразумевают ответную реакцию. Так, например, от холода мы дрожим, чтобы выделить больше тепла и согреться – кровеносные сосуды кожи суживаются и потеря тепла с

поверхности кожи уменьшается. На солнцепеке мы потеем, это охлаждает нас. Если съели слишком много сахара и содержание его в крови поднялось выше нормы, организм выделяет его с мочой и сжигает остальное. Бег вверх по лестнице как мышечное усилие предъявляет повышенное требование к мускулатуре сердечно-сосудистой системы. Мышцы при этом нуждаются в источнике дополнительной энергии для такой работы, сердцебиение учащается, давление крови повышается, расширяются сосуды, улучшается кровоснабжение мышц.

Эти специфические воздействия, которые возникают под влиянием на нас различных агентов, в то же время вызывают и неспецифическую потребность, которую Г. Селье называет ***адаптационным синдромом*** или необходимостью осуществить приспособительную функцию своего организма и тем самым восстановить нормальное состояние. Эти функции независимы от специфического воздействия.

Таким образом, **стресс – это комплекс физиологических реакций, возникающих в организме в ответ на воздействие различных неблагоприятных факторов («стрессоров»)**. Это ответ организма (другой живой системы, ткани) на предъявленное к нему требование. Цель – приспособиться к изменившимся условиям. Г. Селье называет приспособляемость «главной отличительной чертой жизни». Стресс – это наш ответ на жизнь.

Стресс занимает особое место среди состояний человека, так как отличается длительностью, устойчивостью и разнообразием источников происхождения. Так, каждое лекарство и гормон обладает специфическим действием: мочегонное усиливает выделение мочи, адреналин учащает пульс и повышает кровяное давление, однако, независимо от того, какое изменение в организме вызывают, все эти агенты имеют и нечто общее – они предъявляют требования к перестройке организма.

С точки зрения стрессовой ситуации не имеет значения, приятна или неприятна ситуация, с которой мы столкнулись. Главное в ней – это интенсивная потребность в перестройке или адаптации. Требуется адаптация женщине, которой сообщили неприятное известие об ее муже, студенту, получившему неудовлетворительную оценку за экзамен.

Слово «стресс» давно стало бытовым. Оно существенно влияет на структуру индивидуального сознания человека. Его употребление влияет на ход мыслей людей в решении коренных жизненных вопросов. Понятие «стресс» люди воспринимают как напряжение, от которого надо избавиться.

Очень трудно предугадать, какой фактор вызовет стресс, поэтому этот термин в равной мере относится ко многим условиям жизнедеятельности. Такие, казалось бы, несовместимые агенты, как ***лекарства, гормоны, печаль, радость, вызывают в организме одинаковые биохимические сдвиги*** (это было показано в ходе исследований стресса в институте Г. Селье).

Если речь идет о стрессе как факторе риска психической дезадаптации, то имеется ввиду психоэмоциональный, нервный стресс. Особенно стрессогенны

для человека ситуации, выходящие из-под его контроля, например, смерть близких, стихийное бедствие, арест. Ученые **Холмс и Рей** на основе многолетних исследований составили перечень наиболее частых перемен в жизни (21 позиция), вызывающих стресс. Последовательность в нем определяется на основании эмоциональной значимости каждого события для человека.

Г. Селье выделял два способа выживания живых существ: **борьба** и **адаптация**. Принято считать, что адаптация в этом плане вернее, она чаще ведет к успеху, достигая разных степеней совершенства. Борьба может же вести к взаимному уничтожению организмов. У разных людей имеются разные стремления, но они должны уживаться вместе, что часто порождает дистресс. С помощью логики человек решает многие проблемы, но только не межличностного общения. Здесь преобладают эмоции. Что за нелепая или глупая ситуация!

По Г. Селье – **себялюбивое желание сохраняться и остаться живым занимает одно из первых мест среди потребностей.** Стремление к самовыражению, к власти, к удовлетворению инстинктивных потребностей, желание накапливать богатство, заниматься творческой работой, достигать своих целей – все эти потребности в сочетании с другими обуславливают поведение человека (А. Маслоу, К. Роджерс, Э. Фромм, З. Фрейд). Часто это причины возникновения стресса.

Г. Селье отмечал, что себялюбие – неизбежное, неминуемое, хотя и опасное качество. Он считал **альтруизм видоизмененной формой эгоизма** (коллективный эгоизм). Альтруизм помогает обществу, так как порождает благодарность, заставляет делать людей добро за добро, которое сделали в отношении их. Это, возможно, самый человеческий способ обеспечения безопасности, так как устраняет разрыв между себялюбивыми и самоотверженными порывами. От простейших до человека все существа должны защищать свои интересы. Себялюбие естественно, но поскольку это качество считается отвратительным, так как содержит семена раздора и мести, люди стараются маскировать его.

Неспецифичность реагирования проявляется в том, что там, где действует стрессор (фактор, его вызывающий), начинает наблюдаться общий адаптационный синдром (ОАС), который включает в себя следующие ***фазы:***

1) тревоги;

2) сопротивления;

3) истощения.

Каждая болезнь сопровождается этими фазами. Существуют различия только в степени выраженности фаз ОАС.

Стресс, являясь адаптационной реакцией, имеет свои плюсы и минусы. Он дает возможность сопротивляться и мозгу и телу человека в виде такой реакции, которая открывает новые возможности адаптации к условиям жизни.

Исследования Г. Селье показывают, что если человек или животное переживают стресс, то появляются возможности для построения новых вариантов

поведения. При этом физиологические механизмы стресса основаны на том, что при реакции ***тревоги*** возбуждается симпатическая нервная система.

Гипоталамус посылает химический сигнал – кортиколиберин – в гипофиз, заставляя его усиливать секрецию адренокортикотропного гормона (АКТГ), который попадает с кровью в надпочечники и вызывает секрецию ими кортикостероидов – гормонов, которые подготавливают весь организм к действию и к возможной борьбе с повреждающими факторами. Можно измерить стрессовую реакцию по увеличению содержания норадреналина (АКТГ) или по уровню кортикостероидов в крови.

На стадии ***сопротивления*** организм мобилизует свои ресурсы, чтобы преодолеть стрессовую ситуацию. При большинстве болезней или травм к пораженному участку направляются антитела. При психологических стрессах симпатическая система готовит организм человека к **борьбе** или **бегству** и каждый человек проходит через эти стадии множество раз. Если сопротивление оказывается успешным, то организм возвращается к нормальному состоянию. Если стрессор продолжает действовать, то ресурсы организма могут истощаться.

При психологическом стрессе ***истощение*** принимает форму нервного срыва. Иногда это приводит к психическому заболеванию или психосоматическому расстройству, о чем уже говорилось в предыдущих главах.

Г. Селье говорит о том, что *стресса избежать просто невозможно*, так как на его основе происходит неспецифическая адаптационная реакция человека. Обычно люди говорят о стрессе, когда имеется в виду чрезмерный стресс – **дистресс**, когда человек переживает горе, недомогание. Стресс не всегда результат повреждения, это надо обязательно иметь в виду. Часто стрессор бывает приятен. Эффект воздействия стрессора зависит от интенсивности требований к приспособительной способности организма. Только дистресс всегда неприятен.

Уровень физиологического стресса наиболее низок в минуты равнодушия, но все равно никогда не равен нулю. *Даже в состоянии полного расслабления во сне, по мнению Г. Селье, человек испытывает стресс*: его сердце перекачивает кровь, кишечник переваривает ужин, а дыхательные мышцы обеспечивают движение грудной клетки, даже мозг не отдыхает полностью – каждый из нас видит сны.

Сегодня достаточно подробно исследованы и описаны причины стрессового напряжения и его признаки, известны перемены в жизни, которые являются сильнейшими стрессорами для человека.

Причины стрессового напряжения (в свободной интерпретации по Буту):

1. Гораздо чаще вам приходится делать не то, что хотелось бы, а то, что входит в ваши обязанности.

2. Вам постоянно не хватает времени – не успеваете ничего сделать.

3. Вас постоянно что-то или кто-то подгоняет, вы постоянно куда-то спешите.

4. Вам начинает казаться, что все окружающие зажаты в тисках какого-то внутреннего напряжения.
5. Вам постоянно хочется спать – никак не можете выспаться.
6. Вы видите чересчур много снов, особенно когда устали за день.
7. Вы очень много курите.
8. Потребляете алкоголя больше, чем обычно.
9. Вам почти ничего не нравится.
10. Дома, в семье у вас постоянные конфликты.
11. Постоянно ощущаете неудовлетворенность жизнью.
12. Влезаете в долги, даже не зная, как с ними расплатиться.
13. У вас появляется комплекс неполноценности.
14. Вам не с кем поговорить о своих проблемах, да и нет особого желания.
15. Вы не чувствуете уважения к себе – ни дома, ни на работе.

Признаки стрессового напряжения (в свободной интерпретации по Шефферу):

1. Невозможность сосредоточиться на чем-либо.
2. Слишком частые ошибки в работе.
3. Ухудшение памяти.
4. Слишком частое возникновение чувства усталости.
5. Очень быстрая речь.
6. Довольно частые боли (голова, спина, область желудка).
7. Повышенная возбудимость.
8. Работа не доставляет прежней радости.
9. Потеря чувства юмора.
10. Резко выросшее количество выкуриваемых сигарет.
11. Пристрастие к алкогольным напиткам.
12. Постоянное ощущение недоедания.
13. Пропадает аппетит – вообще потерян вкус к еде.
14. Невозможность вовремя закончить работу.

Стрессовые ситуации, травмируя психику, могут приводить к развитию диссоциативных (конверсионных) расстройств, наиболее типичным заболеванием из которых, по старой классификации МКБ-9, является истерия.

КОНЦЕПЦИЯ ИСТЕРИИ В КЛАССИЧЕСКОМ ПСИХОАНАЛИЗЕ. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ИСТЕРИИ

Причины истерии искали еще в глубокой древности. Так, древние греки считали, что истерией могут болеть только женщины. Считалось, что матка сексуально неудовлетворенной женщины путешествует по всему телу в поисках возможности исполнить свое предназначение и вызывает появление симп-

томов в тех местах, где она останавливается. **Гиппократ** в качестве самого эффективного средства лечения истерии предлагал замужество.

С точки зрения *психоаналитиков* причины истерии заключаются в следующем: В фаллической стадии развития человека (3-5 лет) в душе девочки вырабатывается комплекс желаний – комплекс Электры. Это сильные сексуальные чувства к отцу и понимание необходимости борьбы с матерью за него. В то же время, девочка понимает, что мать сильнее ее и существует признанное всеми культурное табу (запрет) о том, что мать трогать нельзя. Это приводит к подавлению собственных желаний девочки. Истерия чаще развивается в тех семьях, когда родители чересчур сильно реагируют на проявления сексуальных чувств у девочки по отношению к отцу. В будущем, как и в детстве, девочка подавляет свои сексуальные чувства, что приводит к развитию истерии. Истерические проявления удерживают внутренний конфликт вдали от сознания человека.

Следует заметить, что З. Фрейд в свое время был одним из немногих врачей, которые относились серьезно (как к настоящим больным) к пациентам с симптомами истерии. Основоположник психоанализа пришел к выводу, что истерические расстройства представляют собой *конверсию* (превращение) внутренних неосознанных эмоциональных конфликтов в истерические симптомы.

Причины истерии с точки зрения *бихевиористов* объясняются закреплением определенного стереотипа поведения. Истерические проявления приносят больному «вознаграждение» и этот тип поведения закрепляется в последующей жизни (например, истерический паралич создает невозможность солдата участвовать в бою, истерическая слепота – невозможность выполнять определенную неприятную работу). Возможно, симптомы истерии дают человеку повод избежать неприятной ситуации на работе или отказаться от неприятных взаимоотношений, возможно – это желание привлечь внимание окружающих. Истерическая реакция на «вознаграждение» закрепляется и повторяется для него снова и снова. Интересно, что многие из истерических больных впервые начали ощущать свои симптомы после того, как они сами или кто-то из близких переболел настоящей органической болезнью подобного типа.

Причины истерии с точки зрения *когнитивных терапевтов* связывают со специфическим проявлением эмоций. По мнению когнитивных теоретиков, истерия – это форма общения, когда люди выражают свои эмоции на «языке физиологии», который знаком пациенту и поэтому удобен для него. Эмоции просто конвертируются в физиологические симптомы. Когнитивисты считают, что цель этой конверсии – не защититься от чувства тревоги, а сообщить о причиняющих страдание эмоциях: гневе, страхе, депрессии, чувстве вины, ревности. «Кандидатами» в истерики можно считать 2 группы населения: 1) люди, которым сложно осознать и выразить свои эмоции; 2) люди, кто «хорошо знает» язык физиологических симптомов, имея собственный опыт настоящих физиологических проблем или опыт своих близких.

В новой международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10) термина «истерия» уже нет, в ней введены новые названия заболеваний, основу которых составляют истерические проявления в «старом» понимании этого слова.

ПОНЯТИЕ «ДИССОЦИАЦИЯ» («КОНВЕРСИЯ») В АСПЕКТЕ ПАТОПСИХОЛОГИИ. ДИССОЦИАТИВНЫЕ (КОНВЕРСИОННЫЕ РАССТРОЙСТВА). СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

Основой телесного и душевного благополучия любого человека является сохранение и поддержание достаточного уровня самоуважения, осознание своей личной ценности, важности и уникальности. Однако в ходе жизни он постоянно сталкивается со всевозможными трудностями, конфликтами, что вынуждает его использовать, обычно не отдавая себе в этом отчета, так называемые механизмы психологической защиты.

В контексте рассматриваемой темы человек использует 4 таких механизма: *диссоциацию (конверсию), вытеснение, изоляцию и отрицание*:

– Диссоциация (конверсия) – неприятный аффект вытесняется в сферу бессознательного и трансформируется в телесные симптомы.
– Вытеснение – неприятный аффект вытесняется в сферу бессознательного и там удерживается.
– Изоляция – отделение идеи от эмоций, которыми она сопровождается (неприятная мысль освобождается от неприятных чувств, которые она несет с собой).
– Отрицание – человек полностью не признает существование травмирующих факторов.

Феномен **«диссоциация»** (*«конверсия»*) связан с ситуацией, когда под влиянием психической травмы, с которой человек не в состоянии справиться, в качестве своеобразной защиты у него на некоторое время происходит дезинтеграция основных составляющих психической деятельности – *памяти на прошлое, осознание самого себя и способности ориентироваться в окружающем*, а также *произвольно руководить своими действиями*. В результате такой дезинтеграции некоторые из этих функций на какое-то время утрачиваются.

В клинической практике феномен «диссоциация» проявляется в виде **диссоциативных (конверсионных расстройств)**. Их распространенность составляет 5 больных на 1000 населения. Заболевание возникает в возрасте 15-25 лет. Соотношение мужчин и женщин среди больных 1 : 3. Кстати, пациенты с диссоциативным расстройством, как правило, относятся к разряду «сложных», «непонятных», «любителей ходить по врачам». Несмотря на очевидный психогенный характер нарушений, сами пациенты не осознают и даже активно отрицают наличие такой связи. Наоборот, они «болезнью» объясняют свои жизненные

трудности. Нередко больные манипулируют окружающими, «спекулируя» на признаках болезни.

Диссоциативные расстройства чаще возникают у людей наивных, неискушенных, непосредственных, с низким уровнем образования и невысоким социально-экономическим положением, а также в определенных культурах. В связи с необычностью и драматичностью эти расстройства находят свое отражение в художественной литературе, религиозных культах, изобразительном искусстве, кино.

Основанием для постановки диагноза диссоциативного (конверсионного) расстройства являются:

- четкая связь по времени между признаками болезни и психотравмой;
- отсутствие какого-либо телесного или неврологического нарушения, с которым могли бы быть связаны имеющиеся симптомы, что подтверждается при обследовании;
- неосознание больным связи этого расстройства с психотравмой, отрицание возникновения признаков болезни в связи с конфликтом, стрессом;
- поиск и получение больным вторичных выгод от имеющихся нарушений здоровья.

Что еще отличает конверсионные расстройства от органической патологии? Нет соответствия анестезии с зонами иннервации, признаки заболевания меняются от одного обследования к другому, зависят от степени тяжести психотравмы, нет подтверждения расстройства в инструментальных исследованиях. Нередко имеет место «заимствование» признаком расстройства у родственников (например, сына у матери).

Важно помнить, что диссоциативные расстройства в легкой форме бывают и у психически здоровых людей в обычной жизни: читая интересную книгу в транспорте, человек не отвечал на вопросы окружающих и проехал свою остановку.

В прежних классификациях такие расстройства были отнесены к истерии (ее разнообразным проявлениям). Теперь же, в МКБ-10, новые названия этих расстройств лишены социально-негативного, осуждающего оттенка. В ней названия «диссоциативные» и «конверсионные» расстройства используются как тождественные.

В МКБ-10 выделяют следующие основные формы диссоциативных (конверсионных) расстройств:

F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства:

F44.0 Диссоциативная амнезия

F44.1 Диссоциативная фуга

F44.2 Диссоциативный ступор

F44.4 Диссоциативные расстройства моторики

F44.5 Диссоциативные судороги

F44.6 Диссоциативная амнезия и утрата чувственного восприятия
F44.8 Другие диссоциативные (конверсионные) расстройства
F44.81 Расстройство в форме множественной личности

ПСИХОГЕННАЯ АМНЕЗИЯ. ПСИХОГЕННАЯ ФУГА. РАССТРОЙСТВО В ВИДЕ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛИЧНОСТИ

Психогенная амнезия проявляется внезапной потерей памяти и неспособностью человека воспроизвести недавние важные события. Нарушения памяти при этом столь значительны, что их нельзя объяснить обычной забывчивостью или усталостью. В то же время способность к заучиванию и удержанию новой информации сохранена.

Психогенная амнезия возникает обычно после тяжелых травматических событий – смерти близких, во время войны, при несчастных случаях, стихийных бедствиях. Механизмами психологической защиты, срабатывающими в этом случае, являются диссоциация, вытеснение и отрицание, когда реальность как бы игнорируется сознанием. Это позволяет человеку справиться с субъективно невыносимой ситуацией, а иногда дает и вторичные выгоды.

Амнезия наступает остро, может быть тотальной и парциальной (частичной). Больной находится в состоянии бодрствования, осознает свой дефект и относится к этому без эмоциональной реакции. Это состояние длится недолго и заканчивается также резко, как и началось. Его затягивание возможно только «искусственно», когда пациент из-за нарушений памяти стремится получить выгоду (например, не возвратить долг, не вернуться на поле боя, избежать следственной ситуации). Такой тип поведения чаще возникает у людей молодого возраста.

Диагностическими критериями для отнесения расстройства к этой группе, по МКБ-10, являются:

– полная или частичная потеря памяти на недавние травматические или стрессовые события;
– отсутствие органических повреждений мозга либо интоксикации, которыми можно было бы объяснить признаки болезни.

Важно отличать потерю памяти при *диссоциативном* расстройстве и *органических* психических расстройствах, при которых часто возникают расстройства памяти (корсаковский амнестический синдром, амнезия после ЧМТ, вследствие интоксикации ПАВ). В этих случаях потеря памяти (амнезия) обычно *ретроградная* (на события, произошедшие после возникновения болезни). При диссоциативном расстройстве – она *антероградная* (на события, произошедшие до возникновения болезни). Кроме того, в данном случае есть недавно произошедшая шоковая психотравма. У «органиков», наряду с амнезией, имеется еще ряд признаков основного заболевания.

Лечения психогенная амнезия не требует. Пациент вскоре выздоравливает сам. Для быстрого восстановления памяти может быть использован неглубокий гипноз, в состоянии которого пациент воспроизводит забытое. С этой же целью могут применяться успокаивающие средства (диазепам, тиопентал натрия), но не для погружения больного в сон, а для успокоения. В это время врач должен попытаться осторожно напомнить ему забытые им события. Здесь крайне важны помощь психотерапевта и социальная поддержка в последующем, после восстановления в памяти травмирующих событий.

Диссоциативная (психогенная) фуга.

Это заболевание включает в себя, наряду с *диссоциативной амнезией*, еще неожиданный уход из дома из-за психологически невыносимой ситуации с *путешествованием* или *бродяжничеством*. При этом человек забывает свое прошлое, в том числе имя, профессию родных. Он считает себя совершенно другим лицом. Поведение его во время путешествия внешне выглядит вполне упорядоченным – он продолжает общаться, ухаживать за собой, принимать пищу и т.д.

Диагностическими критериями диссоциативной фуги, по МКБ-10, являются:

– полная или частичная потеря памяти на недавние травматические или стрессовые события;
– кажущееся для окружающих целенаправленное путешествие за пределы обычной досягаемости;
– сохранение ухода за собой и способности к простым социальным взаимоотношениям с незнакомыми людьми, которые встречаются больному в путешествии.

Важно различать *диссоциативную фугу* и случаи *амбулаторного автоматизма, сумеречные расстройства сознания* при эпилепсии и органических поражениях мозга. В отличие от диссоциативной фуги, эти расстройства более *кратковремнны* (от 10-30 минут до нескольких часов). Кроме того, при них отсутствуют сведения о психотравме в недавнем прошлом. При эпилепсии и органических поражениях мозга имеются другие признаки этих заболеваний.

Продолжительность диссоциативной фуги обычно невелика – до нескольких дней или недель. Бывали случаи, когда больной человек оседал на новом месте жительства, находил работу, принимал новое имя, женился и т. д.

Выздоровление происходит спонтанно. Специального лечения не требуется. Весь период ухода забывается.

Для других проявлений диссоциативных расстройств также характерны свои особенности:

- для диссоциативного ступора – обездвиженность, безучастность к окружающему, отсутствие реакций на внешние раздражители, невозможность вступить в словесный контакт после психотравмы. При этом сохранено сознание и мышечный тонус;

- для диссоциативного расстройства моторики и ощущений – утрата или существенное затруднение движений (параличи, порезы, тики, дрожание конечностей, невозможность самостоятельно стоять, вычурная походка, утрата практических навыков, судорожные припадки, а также кожная анестезия, глухота, расстройства зрения – слепота, «тоннельное зрение»).

Диагностическими критериями диссоциативных расстройств моторики и ощущений, по МКБ-10, являются:

– наличие информации о психологических и социальных конфликтах пациента, его личных взаимоотношениях, которыми можно было бы объяснить возникновение расстройства;

– отсутствие какого-либо телесного или неврологического нарушения, с которым могли бы быть связаны имеющиеся симптомы.

Эти конверсионные расстройства резко начинаются и резко заканчиваются. Продолжительность их – от нескольких часов до суток. У 25,0% больных эпизоды таких расстройств повторяются.

Этот вид нарушений необходимо отличать от заболеваний, имеющих схожие проявления: опухоли мозга, рассеянный склероз, системная красная волчанка, болезнь Альцгеймера, сосудистая деменция.

Роль врача в лечении заключается в разъяснении больному психогенной природы заболевания. Ни в коем случае нельзя заявлять больному, что описываемые им признаки являются вымыслом, игрой воображения, носят истерический характер. Лечение конверсионных расстройств – это задача психотерапевта. Используются короткие директивные методики, гипноз, поведенческая и психодинамическая терапия.

Расстройство в виде множественной личности. Это расстройство *(с анг. Multiple Personality Disorder, MPD)* более редкое и чрезвычайно интересное заболевание. Синоним – диссоциативное расстройство идентификации. При нем в человеке как бы сосуществует несколько отдельных личностей. Каждая из них обладает своим собственным характером, жизненным опытом, привычками и социальными связями. При этом в разные периоды времени доминирует какая-то одна личность. Она полностью определяет поведение пациента. Все же остальные личности в этот период забываются. Переход от одной личности в другую происходит спонтанно и внезапно.

«Живущие» в человеке личности могут резко и даже диаметрально отличаться друг от друга – по возрасту, социальному положению, характерологическим и поведенческим особенностям, интеллекту, жизненным установкам и даже рассовой принадлежности, полу.

Распространенность расстройства в виде множественной личности трудно оценить. В последние годы считают, что оно не такое уж редкое, как думали ранее. Начинается в молодом возрасте и протекает хронически. Причина возникновения до конца не ясна. Предполагается роль физического или сексуаль-

ного насилия в детстве, что часто выявляется в разговоре с больными. Это заставляет человека как бы «дистанцироваться» от самого себя. В Республике Беларусь такие расстройства пока не диагностируются. В США и странах Западной Европы они имеют место.

Лечение включает в себя психотерапию в различных формах, направленную на осознание пациентом причин диссоциации, отреагирование переживаний, связанным с перенесенным в детстве насилием, и восстановление целостности личности.

Лекция № 9
ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАССТРОЙСТВ НАСТРОЕНИЯ

Вопросы:

1. Общая характеристика синдрома депрессии и его разновидности. Патопсихологические особенности пациентов с депрессией.

2. Психологические теории депрессии. Роль социальных факторов в развитии депрессии.

3. Основные подходы к психологической помощи больных с депрессией.

4. Маниакальные состояния. Патопсихологические особенности маниакальных больных.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА ДЕПРЕССИИ И ЕГО РАЗНОВИДНОСТИ

Человек постоянно реагирует своими эмоциями на явления окружающего мира. Эти реакции кратковременны и объяснимы в контексте реальной ситуации. У людей же, страдающих расстройствами настроения, оно сохраняется неизменным в течение длительного времени. Основные аффекты при расстройствах настроения – это депрессия и мания.

Депрессия – это подавленное, тоскливое состояние, при котором жизнь кажется мрачной, а ее трудности – непреодолимыми. По словам руководителей ВОЗ: «Депрессия – источник нестабильности во всем мире».

Мания – прямая противоположность депрессии. Это состояние эйфории, повышенной активности, при котором люди могут преувеличивать свои возможности, полагая, что мир находится в их полном распоряжении.

Депрессия чаще возникает как результат реакции на какое-то печальное событие, усталость, неприятные мысли («впал в депрессию»). В США ею страдают 5,0 – 10,0% взрослого населения. Считается, что 18,0% населения нашей планеты за период жизни могут хотя бы раз испытать эпизод тяжелой депрессии. Женщины страдают депрессией в 2 раза чаще, чем мужчины.

Расстройства настроения всегда интересовали людей. В Библии говорится о тяжелых депрессиях Навуходоносора, Саула и Моисея. Периодические депрессии случались у английской королевы Виктории и Авраама Линкольна. Депрессия преследовала и писателей: Эрнеста Хемингуэя, Вирджинию Вульф и Сильвию Плат.

Симптомы депрессии охватывают 5 областей: эмоциональную, мотивационную, поведенческую, когнитивную и физическую.

Эмоциональные симптомы: чувство тоски и угнетенности, тревога, утрата чувства юмора, реже – гнев или возбуждение. Больные характеризуют себя как «униженные», «несчастные» и «опустошенные».

Мотивационные симптомы: потеря желания заниматься своей обычной деятельностью, отсутствие побуждений, инициативы, непринужденности, ощущение, что надо заставлять себя ходить на работу, разговаривать с друзьями, принимать пищу, поддерживать интимные отношения, утрата интереса к жизни, желание умереть. Из рассказа больного: *«Мне не хотелось ничего делать – хотелось лишь оставаться в одном положении, и чтобы никого не было рядом».* Крайняя форма «бегства» от жизни у депрессивных больных – это самоубийство (от 6,0 до 15,0% от всех больных).

Поведенческие симптомы: снижение активности и продуктивности в повседневной жизни, склонность к одиночеству, нахождению в постели длительное время, замедленность речи и движений. Из рассказа больного: *«Я просыпался рано, но оставался в постели – какой смысл вставать, если тебя ждет безрадостный день?».*

Когнитивные симптомы: крайне негативная оценка себя («я некомпетентен, нежеланен, неполноценен, порочен»), собственная причастность ко всем негативным событиям, даже если к ним не имел никакого отношения, отрицание своих успехов и достижений, пессимизм, ощущения бесперспективности будущего, отсутствия изменений к лучшему (как следствие, медлят с принятием решений), снижения интеллекта, чувство безнадежности, беспомощности, суицидальные мысли.

У лиц с депрессией при выполнении заданий на исследование познавательных функций отмечаются нарушения памяти, внимания и логического мышления.

Физические симптомы: головные боли, расстройства пищеварения, запоры, головокружение, общее недомогание, потеря аппетита, нарушения сна, постоянное чувство усталости, не проходящее после отдыха.

Когда описывают депрессию, обычно используют черный цвет. Британский премьер-министр Уинстон Черчилль называл свои повторяющиеся депрессивные эпизоды «черным псом, только и ждущим, чтобы показать свой оскал». По словам американского писателя Эрнеста Хемингуэя, его приступы депрессии – это «черножопые дни».

В 1841 г. Авраам Линкольн писал своему другу: «Сейчас я – самый несчастный человек среди живущих. Если те чувства, которые я испытываю, разделить поровну среди всех людей, на земле не будет ни одного радостного лица».

Обычно в клинике выделяют 2 вида депрессии:

- **экзогенную** (она же реактивная, как реакция на происходящее), следующую за какими-то яркими, стрессовыми событиями;
- **эндогенную**, которая вызывается внутренними причинами.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕОРИИ ДЕПРЕССИИ. РОЛЬ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ДЕПРЕССИИ

В возникновении депрессивных состояний играют роль многие факторы, что имеет свое отражение в различных теориях возникновения депрессии. В поисках *генетических* причин этого явления изучаются родословные больных и исследуются близнецовые пары.

Анализ родословных людей, страдающих депрессией показал, что 20,0% их родственников имели ее проявления. В то время, как в общей популяции населения в целом эта цифра не превышает 10,0%.

Исследования близнецов также показали роль наследственности при возникновении депрессии. Так, у однояйцевых близнецов, при наличии депрессии у одного из них, другой был подвержен такому же расстройству в 46,0% случаев. У разнояйцевых близнецов вероятность депрессии у другого близнеца равнялась только 20,0%.

Изучение *биохимических* причин генеза депрессии показало существенную роль следующих нейротрансмиттеров (медиаторов), передающих сигналы от одного нейрона на другой: *норэпинефрина* (норадренлина) и *серотонина.* При уменьшении их активности, нарушении взаимодействия, в том числе и с другими медиаторами, развиваются признаки депрессии. Доказательствами послужили результаты лечения больных артериальной гипертензией, когда на фоне гипотензивной терапии развивались признаки этого расстройства, а также открытие антидепрессантов (и в том, и в другом случае речь идет о вмешательстве в обмен норэпинефрина и серотонина).

В развитии депрессии задействованы и *гормоны* человеческого организма. Доказано, что депрессивные пациенты имеют повышенный уровень *кортизола* крови (неудивительно, так как расстройство связано со стрессами) и *мелатонина* («гормона Дракулы», выделяется только ночью). Отмечается повышенный уровень мелатонина у больных депрессией, страдающих ею в зимнее время, ввиду того, что больше гормона у них выделяется по мере уменьшения светового дня.

Из психологических моделей описания возникновения депрессии чаще применяются *психодинамическая, поведенческая и когнитивная.* Первые две не имеют надежных экспериментальных подтверждений, третья (когнитивная) подтверждена и имеет широкое клиническое применение.

Психодинамическая модель. З. Фрейду и его ученику К. Абрахаму удалось подметить ряд сходств между депрессией и горем, переживаемым людьми, которые потеряли любимого человека: постоянный плач, потеря аппетита, трудности с засыпанием, утрата интереса к жизни и отрешенность от происходящего. По их мнению, когда у нас умирает любимый человек, в действие приводится серия неосознанных процессов. Не смиряясь с потерей, скорбящие люди сначала возвращаются к *оральной стадии развития*, периоду полной зависи-

мости, когда младенцы не способны отделить себя от своих родителей. Скорбящие начинают идентифицировать себя с человеком, которого они потеряли, и, тем самым, символически вновь обретают умершего. Все их чувства направлены к любимому, включая печаль и гнев, на себя. Обычно этот процесс кратковременен. Если он затягивается, люди впадают в депрессию.

Фрейд и Абрахам считали, что в депрессию впадают 2 типа людей: 1) те, чьи потребности в оральной стадии родители не сумели удовлетворить; 2) те, чьи потребности в оральной стадии родители удовлетворяли чрезмерно. Оба эти типа могут посвящать свою жизнь другим, добиваясь их признания и любви. Чувство их утраты любимого человека глубоко.

Почему впадают в депрессию люди, чьи родственники не умирают? Известно, что только 10,0% людей, переживших утрату, впадают в депрессию. Почему?

Фрейд предложил концепцию символической (воображаемой) утраты.

Например, студентка колледжа может относиться к своему провалу на экзамене по математике как к утрате собственных родителей, полагая, что они любят ее только тогда, когда она хорошо успевает в учебе.

У психоаналитиков есть еще одна теория на этот счет – теория объектных отношений. Депрессия случается у людей в том случае, когда отношения с окружающими вызывают у них ощущения *незащищенности* и *неуверенности*. Люди, родители которых способствовали их чрезмерной зависимости, либо такой же уверенности в себе, скорее впадут в депрессию, когда прекратятся значимые для них отношения. Утрата, перенесенная в ранние годы жизни, может закладывать основу для будущей депрессии.

Поведенческая (бихевиористская) модель. По мнению приверженцев этой теории, депрессию вызывают изменения в вознаграждениях и наказаниях, которые люди получают в своей жизни. Питер Левинсон, психолог, чья точка зрения общеизвестна, предполагает, что в жизни некоторых людей происходит уменьшение числа позитивных вознаграждений. Соответственно, они совершают все меньше и меньше конструктивных действий, что порождает депрессию. Например, спортсмен, теряющий спортивную форму или стареющий работник, совершающий ошибки в работе. Меньше вознаграждений – меньше позитивных моделей поведения! Что делать? Надо заполнять жизнь иными видами вознаграждений!

Когнитивная модель. Причина депрессии – оценка событий в негативном ключе. Наибольшей популярностью пользуются следующие объяснения:

1. Теория *выученной (приобретенной) беспомощности* (автор Мартин Селигман, разработал в середине 60-х гг. XX в.).

2. Теория *аберрации мышления* (негативная триада Бека).

(1) Выученная беспомощность – основанное на прошлом опыте представление, что человек не контролирует свои подкрепления. Кроме того, ее характеризует то, что люди сами несут ответственность за это состояние беспомощности.

М. Селигман проводил эксперименты с собаками. В 1-й день привязанная собака получала периодические удары. Во 2-й день она помещалась в ящик, разгороженный барьером на две части. В той части, где находилась собака, она продолжала получать удары, в другой (за барьером, который она могла преодолеть) – нет. Собака продолжала лежать и получать удары «ложилась и тихо скулила»). Днем ранее, собака убедившись в том, что она не контролирует подкрепление, продолжала в это верить и исключала возможность облегчения своей участи. Автор заметил, что свойство выученной беспомощности очень напоминают симптомы депрессии у людей. Его вывод: Люди впадают в депрессию, когда понимают, что не контролируют подкрепления в собственной жизни.

В последние 20 лет положение о выученной беспомощности несколько пересмотрено. Считается, что если события находятся вне контроля людей по какой-то *внутренней причине* («Я ни на что не гожусь и останусь таким навсегда»), то они могут посчитать себя не способными предотвратить будущие негативные события и впасть в депрессию. Если же события подконтрольны, то развитие депрессии маловероятно. Поясним на примере:

Студента бросила девушка. Первый вариант объяснения произошедшего внутренней причиной: «Это моя вина, я порчу все, так будет всегда!». Это ведет к потере контроля в будущем. По вышеприведенной теории – студент «готов» к депрессии. Второй вариант объяснения конкретными или внешними причинами: «Я ее обидел. Обычно я так не поступаю. Она не знает, что ей нужно.». Этот вариант не приведет к беспомощности и депрессии.

(2) А. Бек полагает, что основой депрессии является негативное мышление. Он выделяет ***когнитивную триаду*** – три направления негативного мышления, которые, согласно А. Беку приводят людей в состояние депрессии: *негативная оценка своего опыта, самого себя и своего будущего.*

Согласно Беку, у некоторых людей в детстве формируются установки на *собственную неадекватность.* Имеют место рассуждения типа: *«Мои достоинства зависят от того, насколько успешно я справлюсь с этим заданием..».* В активной жизни неудач просто не избежать и такая установка вредит человеку. В дальнейшем, неприятные ситуации в жизни таких людей вызывают у них **негативные мысли**, развивается депрессия. Свой жизненный опыт они интерпретируют как бремя, причину поражений. Себя считают нежеланными, никчемными, некомпетентными. Будущее видится безрадостным.

Согласно Беку, депрессивные люди допускают **ошибки в мышлении**. Они делают *произвольные* выводы: негативные умозаключения имеют под собой мало оснований.

Например, идущий по парку прохожий проходит мимо женщины, которая смотрит на растущие рядом цветы, и делает заключение: «Она отворачивается от меня».

Кроме того, у лиц с депрессией отмечается **преуменьшение значимости позитивного опыта** или **преувеличение значимости негативных событий**:

Например, студентка получает «отлично» на экзамене и считает, что это результат не ее знаний, а великодушия преподавателя. Через неделю она пропускает семинар по этому предмету. Возникают мысли, что она уже никогда не сможет наверстать упущенное.

Наконец у депрессивных больных возникают **автоматические мысли** – неприятные мысли, которые продолжают напоминать человеку, что он некомпетентен, а ситуация безнадежна. Они возникают сами (поэтому названы автоматическими), рефлекторно. Их может быть сотни в течение часа: «Я всех подвожу…», «Я никчемная личность…», «Я плохой родитель…».

Социокультурная модель. Социальная структура, в которой живут люди, может вызывать депрессию. Играют роль внешние стрессоры, культурная среда, половая и расовая принадлежность, социальная поддержка.

Эпизоды депрессии могут быть вызваны *внешними стрессовыми событиями*. Исследования показали, что в жизни людей страдающих депрессией, в течение месяца, непосредственно предшествующего началу расстройства, происходит значительно больше стрессовых событий, чем у среднестатистического человека за тот же период времени.

Культурная среда играет значительную роль. Депрессия интернациональна, ей подвержены люди, живущие во многих странах. С другой стороны, ее картина изменяется от одной культурной среды к другой. В странах Востока депрессия чаще включает физические проявления (усталость, слабость, расстройство сна, потеря веса), у их жителей реже бывают самообвинения и чувство вины. В странах Запада депрессия носит более психологический характер.

Пол и раса. У женщин депрессия встречается в 2 раза чаще, чем у мужчин. До 37,0% депрессивных больных выявляется в индейской деревне в США.

Социальная поддержка. Главное здесь – ее доступность. В США депрессия в 3 раза чаще встречается среди живущих раздельно и разведенных, чем среди женатых, и в 2 раза выше, чем среди людей, ранее не состоявших в браке.

Малая социальная поддержка и повышенная конфликтность способствует депрессии. С другой стороны, обстановка любви и тепла играет профилактическую роль в возникновении этого расстройства. Верные друзья также снижают вероятность депрессии.

Живущие обособленно предрасположены к депрессии в период стресса. Женщины, воспитывающие троих детей и более, не имеющие близкой подруги и не занятые на работе вне дома чаще, чем другие женщины, впадают в депрессию после того, как в их жизни имели место какие-то неприятные события.

ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИЕЙ

Биологический подход. Биологическое лечение, в большинстве случаев, это лечение антидепрессантами.

Интересен вопрос: «Могут ли антидепрессанты повысить настроение людей, не страдающих депрессией?». На этот вопрос можно ответить как утвердительно, так и отрицательно. При приеме антидепрессантов добровольцами, не

имеющими признаков расстройств настроения, отмечено, что эти лекарства подавляли отрицательные эмоции, такие, как чувство враждебности и страх. Вместе с тем они не усиливали положительных эмоций, не вызывали ни радости, ни возбуждения.

Если антидепрессанты не помогают, применяется электросудорожная терапия (ЭСТ). Метод заключается в том, что к голове больного прикладывают 2 электрода, затем в течение половины секунды через головной мозг пропускают электрический ток напряжением от 65 до 140 вольт. Ток вызывает конвульсию, которая длится от 25 секунд до нескольких минут. Число сеансов: 6 – 9. Продолжительность лечения 2 – 4 недели. Ток во время сеанса можно пропускать через одно или два полушария.

Из истории ЭСТ: В 30-е гг. XX ст. существовало ошибочное мнение, что шизофрению можно лечить вызыванием судорог. С этой целью использовали метразол, инсулин. Лечение было опасным и нередко приводило к летальным исходам. Наконец, итальянский психиатр Уго Черлетти обнаружил, что судороги можно вызывать и безопасным путем, подводя к голове пациента электрический ток. Стала очевидна эффективность ЭСТ при депрессии. В первые годы применения ЭСТ имели место переломы челюстей, вывихи плечевых суставов. Введение до процедуры миорелаксантов (препаратов, расслабляющих мышцы), снотворных (барбитураты) сняло эти проблемы и уменьшило страх больных перед ЭСТ. После процедуры у пациентов могут иметь место нарушения памяти на события до и после ЭСТ, которые исчезают спустя несколько месяцев. Эффективность лечения депрессии методом ЭСТ составляет 60,0 – 70,0%.

Психодинамический подход. Методы терапии аналогичны коррекции других расстройств. Врач побуждает человека высказывать во время терапии свободные ассоциации; предлагает интерпретации ассоциаций, снов и проявлений сопротивления и переноса, о которых сообщает человек, и помогают ему произвести обзор прошлых событий и чувств. Например, причиной депрессии может быть опыт утраты в раннем детстве. Недостатки этого подхода: 1) люди в депрессии слишком пассивны и их трудно «включить» в рассуждения; 2) они могут испытать разочарование от отсутствия быстрого эффекта при этой долговременной терапии. В целом, психодинамическая терапия лучше помогает тем, у кого в раннем детстве «явно» была утрата или другая психологическая травма.

Поведенческий (бихевиориальный) подход. По предложенной Левинсоном поведенческой методике лечения терапевт стремится к наполнению жизни пациентов приятными событиями и видами деятельности, доставляющими радость. Например, походы в магазин, занятие фотографией, что заставляет человека составить график таких действий на неделю. Это существенно улучшает настроение. Затем терапевт, вводя в жизнь больного приятные события, старается вознаградить его за правильное поведение. Почему? Человек в депрес-

сии удаляется от своего окружения, что уменьшает возможность позитивного подкрепления. Стиль врача: не замечаем элементов депрессивного поведения, обращаем внимание на конструктивные высказывания и действия *(«Молодец, что пошел на работу», «Умница, что убрала в квартире»)*, как-то вознаграждая за это. Кроме этого, терапевт обучает эффективным социальным навыкам: например, совершению экспрессивных действий, таких, как контакт глаз, выражение лица, интонация голоса, поза. Этот метод эффективен в случаях легкой депрессии.

Когнитивный подход. Основной метод – когнитивная терапия Бека. Он призван помочь пациентам распознать негативные мысли, внести в них изменения, тем самым улучшив настроение и поведение людей. Подход Бека включает 4 фазы:

1. *Повышение активности и настроения.* Терапевты побуждают пациента проявлять больше активности. Они помогают ему составить график своих действий на будущую неделю. Предполагается, что большая активность улучшает настроение.

2. *Устранение автоматических мыслей.* По мере увеличения активности пациентов учат распознавать и справляться с негативными автоматическими мыслями, когда те появляются. Затем, на сеансах, терапевт и больной оценивают реалии, стоящие за этими мыслями, и часто приходят к выводу, что последние безосновательны.

3. *Идентификация негативного мышления и его абсолютизации.* По мере того, как люди начинают видеть изъяны в своих автоматических мыслях, терапевт показывает им, каким образом процессы нелогичного мышления способствуют этим мыслям. Он дает пациенту возможность увидеть, что почти все интерпретации событий человеком отличаются выраженной негативной субъективной оценкой, помогают больному изменить эту манеру интерпретации.

4. *Изменение первичных установок.* Терапевт помогает изменить неадекватные установки больного, лежащие в основе его депрессии. Они часто побуждают пациентов сопоставить свои установки с реальностью.

Эффективность когнитивной терапии Бека составляет 60,0%. Она сегодня находит все больше и больше приверженцев.

Социокультурный подход. Наиболее эффективны с точки зрения этого подхода – *межличностная психотерапия* и *супружеская терапия.* Ее приемы позаимствованы их других моделей, но в данном случае они применяются с целью помочь людям преодолеть социальные трудности, лежащие в основе их депрессии.

Межличностная психотерапия. Разработана Геральдом Клерманом и Мирной Вайсман в 80-е гг. прошлого столетия. Эффективна в 60,0% случаев, особенно в лечении людей, пытающихся разрешить социальные конфликты, имеющих перемены своей профессиональной карьеры и социальной роли. Суть

ее – выздоровлению способствует прояснение и устранение межличностных проблем пациента. Межличностная психотерапия утверждает, что к депрессии может приводить и должна быть учтена любая из 4-х межличностных проблемных областей, которые исследуются в течение 16 сеансов:

- межличностная утрата;
- межличностный ролевой конфликт;
- межличностный ролевой переход (сдвиг);
- межличностный дефицит.

В связи *с межличностной утратой* терапевты побуждают пациентов проанализировать свои отношения с человеком, которого они потеряли, излить накопившиеся гневные чувства в его адрес. Итог – пациенты начинают по-новому оценивать потерю, а также пытаются завязать новые отношения с другими людьми.

Люди с депрессией часто оказываются участниками *межличностного ролевого конфликта.* Они возникают, когда два человека имеют разные ожидания, касающиеся их отношений и роли, которую должен играть каждый из них *(например, роли жениха и невесты, мужа и жены, начальника и подчиненного, врача и пациента).* Терапевты помогают пациентам изучить все ролевые конфликты, участниками которых те могут быть и разрешить их.

Пациенты с депрессией часто могут сталкиваться с *межличностным ролевым сдвигом,* вызываемым серьезными жизненными переменами, такими, как развод или рождение ребенка. Они могут чувствовать себя неспособными справиться с ролевыми изменениями, которые сопровождают эти жизненные перемены. В этом случае, терапевты помогают людям приобрести социальную поддержку и овладеть навыками, которые необходимы для исполнения новых ролей.

Наконец, некоторых людей с депрессией отличает *межличностный дефицит*, например, повышенная застенчивость или неумение вести себя в обществе, который не позволяет им завязать близкие отношения. По мнению Клермана и Вайсман, многие люди, страдающие депрессией, в детстве не участвовали в нормальных отношениях и поэтому не смогли завязать близких отношений, став взрослыми. Для повышения социальной эффективности терапевты помогают увидеть им свои недостатки, прививают социальные навыки и уверенность в собственных силах.

Супружеская терапия. Реализуя ее, терапевт работает с двумя людьми, находящимися в близких отношениях. Депрессия может быть итогом разлада супружеской жизни. Выход из нее более сложен, если рядом нет готового помочь супруга. Терапевты, использующие метод *поведенческой супружеской терапии,* помогают супругам изменить неадекватные модели поведения в браке, обучая их конкретным навыкам общения в решении проблем.

МАНИАКАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ. ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАНИАКАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ

Чаще всего признаки маниакального состояния встречаются в рамках **биполярного расстройства**, характеризующегося чередованием пониженного настроения *(депрессии)* и резкого его подъема *(мании).* Многие больные, страдающие биполярным расстройством, сравнивают свою эмоциональную жизнь с катанием на «американских горках». Их настроение колеблется между двумя крайностями.

В отличие от постоянной тоски, сопровождающей депрессию, в маниакальном состоянии люди ощущают заметные и немотивированные подъемы настроения. Симптомы мании охватывают те же самые сферы функционирования *(эмоциональную, мотивационную, поведенческую, когнитивную и физическую),* что и симптомы депрессии, но мания оказывает на эти сферы противоположное действие.

При мании человека переполняют *бурные эмоции*, которые ищут выхода. **Настроение** отличают радостная эйфория и чувство полного благополучия, оно переходит привычные социальные границы, не соответствует реальным событиям жизни человека. Со слов одного больного: *«Мне кажется, ничто не способно меня сдержать или смутить. Я не боюсь ничего и никого».* Если планам маниакального больного что-то мешает, он может проявить агрессию, раздражительность и гнев.

Изменения в **мотивационной сфере** таковы, что людям постоянно требуется *возбуждение, участие в деятельности, дружеское общение*. Они постоянно ищут новых друзей, а также добиваются встреч со старыми товарищами. Им свойственно приобретение новых увлечений, а также возврат к старым. Они не понимают, что манера их поведения *избыточна.*

Для **поведения** маниакальных больных характерна *повышенная активность.* Они быстро передвигаются, как будто у них не хватает времени для осуществления своих желаний. Как правило, они громко говорят. Их речь переполняют шутки и попытки продемонстрировать свои умственные способности. Их нередко отличает экстравагантное поведение: *они могут носить яркие наряды, давать крупные суммы денег незнакомым людям, впутываться в опасные предприятия.*

В **когнитивной сфере** людей с манией отличает *неточность суждений* и *плохое планирование* своих действий. Создается впечатление, что они пребывают в слишком благодушном состоянии или передвигаются чересчур быстро для того, чтобы заметить возможные ловушки. Преисполненные оптимизма, они редко прислушиваются к другим, когда те пытаются охладить их пыл или удержать от дорогих покупок или неразумного вложения денег. Кроме того, часто они очень высокого мнения о собственной персоне. Иногда их самооценка приближается к мании величия. Во время тяжелых маниакальных эпизодов некоторым больным просто трудно сохранить правильные представления о реальности.

В **физической сфере** люди с манием испытывают невероятный *прилив энергии*. Они мало спят, но чувствуют себя бодрыми и проявляют повышенную активность. Даже не поспав ночь-другую, они сохраняют высокий энергетический уровень функционирования организма.

В отношении расстройств настроения давно замечено, что ими страдали ярчайшие представители искусства. *Способствовали ли эти эмоциональные нарушения созданию шедевров? Насколько тонка грань между патологией и творческими способностями? Искупают ли выдающиеся произведения искусства серьезные расстройства психики у их авторов?*

До определенной степени состояния депрессии и мании у художников и писателей могут приносить пользу. Еще древние греки верили в «божественное безумие», которое вызывает приступы вдохновения в творчестве – от поэзии до игры в театре. В чем же причины психических нарушений у великих представителей искусства?

1. По мнению многих, неотъемлемым атрибутом «человека искусства» должны быть бокал вина, сигарета и страдальческое выражение лица. Научными исследованиями доказано, что у некоторых творческих натур *предрасположенность к психическому расстройству* имелась еще задолго до того, как мастер начал творить. Последующие эмоциональные терзания лишь сделали это нарушение психики заметным для окружающих. У многих художников и писателей предрасположенность к психическим расстройствам была уже в роду, а также в детстве они испытывали сильные психологические травмы.

2. Творческие усилия вызывают у творцов *сильные всплески эмоций*. Автор книги «Хладнокровное убийство» Трумэн Капоте признался, что работа над книгой психологически «убила» его.

3. Творческие профессии часто создают *благоприятную обстановку* для людей с нарушениями психики. В мире поэзии, живописи и актерской игры напряжение эмоций и неуравновешенность ценятся как источники вдохновения и успеха.

Изучение эмоциональной неуравновешенности и способности к творчеству показало, что:

– во-первых, психическая неуравновешенность сама по себе вовсе не является необходимым условием для творчества: многие «гениальные творцы» – люди уравновешенные и счастливые;
– во-вторых, незначительные расстройства настроения гораздо больше способствуют творческим достижениям, чем серьезные психические заболевания (например, известный композитор XIX в. Роберт Шуман, страдавший биполярным расстройством, находясь в слабой стадии мании, за один год создал 27 произведений.

Таким образом, очевидно, что вопреки романтическому мнению, серьезные расстройства психики ничего «не искупают», ни в искусстве, ни в других сферах жизни. Кроме того, в отдельных случаях они пагубны, что подтвержда-

ется случаями самоубийств среди известных представителей искусства, например, английской романистки Вирджинии Вульф, американского писателя Эрнста Хемингуэя, или более близких нам поэтов – Владимира Маяковского, Сергея Есенина.

Возможными причинами возникновения биполярных расстройств настроения могут быть *нарушения активности нейротрансмиттеров, перемещения иона натрия, а также генетические факторы.*

Роль нейротрансмиттеров в развитии мании. Изучая депрессию, ученые доказали, что ее проявления тесно связаны с уровнем в крови норэпинефрина. Рассуждая логически, они предположили, что мания может быть связана с избытком этого медиатора. Эта гипотеза получила подтверждение. Так, у больных с манией выявлялся повышенный уровень норэпинефрина. Кроме того, лечение биполярного расстройства резерпином, препаратом, снижающим уровень артериального давления и норэпинефрина в головном мозге, позволила в отдельных случаях снять признаки мании.

У больных с манией также выявляется пониженный уровень серотонина (парадоксально, но факт, как и при депрессии, хотя расстройства настроения полярны). Таким образом, низкая активность серотонина, сопровождаемая высокой активностью норэпинефрина, может способствовать возникновению мании.

Активность иона натрия. «Срабатывание» нейрона в плане передачи волны электрической активности другому нейрону связано с перемещением ионов натрия с внешней стороны мембраны нейрона вовнутрь, на ее внутреннюю сторону. После чего, поток ионов калия, перемещающихся с внутренней стороны нейрона на его внешнюю сторону, помогает нейрону вернуться в его первоначальное состояние покоя. Эти перемещения ионов натрия определяют реализацию «указаний» головного мозга и должны осуществляться вполне определенным образом. Теоретики предполагают, что мания – это результат слишком «легкого» переноса ионов натрия в прямом и обратном направлении относительно мембраны нейрона, а депрессия – итог слишком «трудного» переноса тех же ионов, определяющий резистентность «срабатывания» нейрона. Этот факт получил свое научное подтверждение у больных с биполярным расстройством.

Генетические факторы. Многие теоретики утверждают, что люди наследуют предрасположенность к биологическим аномалиям, лежащим в основе расстройств настроения. Изучение *родословных людей* с биполярным расстройством показало, что наличие у людей с этим психическим нарушением однояйцевых близнецов позволяет предположить вероятность возникновения у них биполярного расстройства в 40,0% случаев. У разнояйцевых близнецов вероятность проявления этого заболевания составляет 5,0 – 10,0%.

Данные молекулярной биологии указывают на то, что передача биполярного расстройства по наследству может быть связана с генами 4, 6, 11, 13, 15, 18 хромосом, а также Х-хромосомой. Не исключена и передача по наследству различных комбинаций генных аномалий.

Лечение биполярного расстройства.

Большинство людей до недавнего времени с биполярным расстройством были вынуждены проводить жизнь на «эмоциональных качелях». От психотерапевтов не поступало никаких сообщений об успехах его лечения, а терапевты-биологи указывали, что антидепрессанты помогают при нем лишь в ограниченной степени. В отдельных случаях биполярного расстройства эти препараты могут даже вызвать манию.

Использование лития (серебристо-белый химический элемент) в коррекции маниакальных эпизодов биполярного расстройства резко изменило эту мрачную картину. Эффективность лечения – 60,0%.

Еще в 1949 г. Джон Кейд впервые открыл эффективность этого препарата при данном расстройстве. Важен правильный подбор дозы. Мало лития – нет эффекта, много – «отравление» литием: тошнота, апатия, дрожь, головокружение, невнятная речь, припадки, почечная недостаточность. Через 4-5 дней приема обычно наступает улучшение состояния. Желательно продолжить прием препарата после купирования маниакальной фазы. Считается, что литий положительно влияет и на депрессивный эпизод биполярного расстройства, уменьшая симптомы депрессии и количество ее рецидивов, хотя и в меньшей степени, чем на проявления мании.

Некоторые пациенты успешно лечатся карбамазепином (тегретолом), вальпроатом натрия (депейком).

В лечении биполярного расстройства также применяют дополняющую психотерапию, особенно в нетяжелых случаях. Почему? 30,0% пациентов психиатрических клиник не реагируют на литий, некоторые категорически отказываются от приема препарата. В качестве дополнения к лечению литием используются *индивидуальная, групповая и семейная психотерапия*. Главная цель – заострить внимание пациентов на необходимости правильного приема лекарств, улучшения их семейных или социальных отношений, на которые могли отрицательно повлиять характерные особенности биполярного расстройства.

Важно «просветить» членов семьи о характере этого заболевания, помочь им разрешить конкретные социальные и профессиональные проблемы, возникшие из-за болезни.

Психотерапия помогает больным избежать госпитализации, улучшает социальное функционирование и повышает способность пациентов устраиваться на работу и сохранять ее.

Нет сомнений, что нынешняя ситуация с лечением позволяет людям с расстройствами настроения смотреть в будущее с большим оптимизмом. С другой стороны, должен «отрезвлять» факт, что у 40,0% людей с тем или иным расстройством настроения, несмотря на лечение, состояние не улучшается и им приходится страдать от мании или депрессии до тех пор, пока те сами себя не исчерпают.

Лекция № 10
ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ

Вопросы:

1. Современные подходы к определению и классификации расстройств личности.

2. Психологические концепции возникновения личностных расстройств.

3. Виды, патопсихологическая характеристика и диагностика расстройств личности.

4. Психологическая помощь пациентам с расстройствами личности.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ И КЛАССИФИКАЦИИ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ

Психологические качества формируют человеческий образ, образ индивида. **Индивид** – отдельный человек, взятый в совокупности всех присущих ему качеств. **Индивидуальность** – неповторимость, уникальность сочетания различных свойств и качеств человека.

Ядро психической индивидуальности – **темперамент** (биологическая составляющая психической деятельности). На его основе формируется **характер** – психологическая составляющая психической деятельности (приложение № 2). Затем происходит становление **личности** (социальная составляющая психической деятельности). Человек в различных фрустрирующих ситуациях (болезнь, конфликт) реагирует темпераментом, характером или личностью. Исходя из этого, существует 3 способа мотивации поведения человека – на *биологическом, психологическом и социальном (личностном)* уровнях. В зависимости от способа мотивации в дальнейшем строится и тактика лечебного воздействия.

В структуре индивидуальности личность занимает высшую ступень иерархической лестницы. В отличие от типов темперамента и черт характера, являющихся практически неизменными параметрами психической индивидуальности, качества личности могут изменяться в течение жизни.

Для становления и проявления личностных качеств значимо общество (социум). Качества личности нельзя проявить вне общения с людьми или иными живыми существами. Нельзя смешивать личностные качества и индивидуально-психологические («личность» и «индивидуальность»). Основные отличия в

степени волевой регуляции поведения, использовании нравственных оснований, мировоззренческих установок, склонностей и социальных интересов при выборе поступков.

Изучение типов личности является наиболее интересным разделом не только психиатрии, но и других наук о человеке, литературы, поэзии, театра, кино, живописи и философии. Наличие диады «психолог – пациент» всегда подразумевает возможность общения специалиста в области психологии не только с нормальными, но и патологическими (аномальными) личностями, что требует организации соответствующего межличностного взаимодействия. Одни личностные типы способствуют адаптации людей к различным жизненным ситуациям (в любой компании они «как рыба в воде»), другие – создают проблемы себе и другим. Что же такое личность? Приведем несколько определений:

Личность – это относительно устойчивая система социально-значимых черт, характеризующая индивида как члена общества или общности (2001, В.Д. Менделевич).

Личность – это соврокупность постоянных, устойчивых качеств индивидуума, проявляющихся стойкими особенностями его поведения, свойственным ему жизненным стилем, а также формами отношения к себе и окружающим (2001, МКБ-10).

Личность – это интегративная система, которая обеспечивает целостность и постоянство поведения индивида (2003, Б.В. Зейгарник).

Особенности личности каждого человека определяется как его генами, так и множеством внешних влияний: взаимоотношениями с другими людьми, воспитанием в семье, социальным опытом, случайными жизненными ситуациями и т.д.

Расстройства личности (по старому «психопатия») – *это выраженные и стойкие, сохраняющиеся на протяжении почти всей жизни, отклонения от условной нормы, личностная дисгармония с вовлечением различных сфер психической деятельности, сопровождающиеся социальной дезадаптацией.* При этом, имеющиеся у человека особенности не могут быть объяснены повреждением мозга или другим психическим расстройством. Личностные отклонения могут носить как положительный, так и отрицательный характер, а соответственно – «сильную» и «слабую» стороны социальной реализации. Распространенность составляет 6,0-7,0% населения, чаще у мужчин. Это «трудные люди» на любом врачебном приеме. Задача врача установить особенности расстройства личности и действовать с учетом этого, а не стремиться сделать этих людей «такими как все» (это невозможно).

Почему в МКБ-10 термин «психопатия» заменили на термин «расстройства личности»? Во-первых, новое название носит более медицинский, чем социальный характер. Во-вторых, оно меньше стигматизирует пациента в глазах окружающих.

Расстройства личности формируются у человека с детского и подросткового возраста, наиболее четко проявляются в молодости и сохраняются на

протяжении всей жизни (в пожилом возрасте они уже не столь выражены). Диагноз этого расстройства ставится с 16-18-летнего возраста (до этого срока формирование личности еще не завершено).

Что же отличает расстройства личности от других психических заболеваний, депрессии, шизофрении, зависимости от ПАВ? Это их стойкость, стабильность и отсутствие прогрессирования (нет ни выздоровления, ни утяжеления хода болезни).

Причины возникновения расстройств личности известны в довольно общем виде. Играют роль конституционально-генетические факторы. Изучение близнецов показало, что целый ряд черт характера в большей степени определяется наследственностью, чем окружающей средой.

Еще в 1930 г. **Э. Кречмер** указывал на связь телосложения, характера человека и подверженности психическим заболеваниям, что позже частично подтверждено (например, пикническое телосложение > циклотимическая личность > МДП; астеническое телосложение > шизотимная личность > шизофрения; атлетическое телосложение > эпилептоидная личность > эпилепсия.

Из психологических и социокультурных факторов в генезе расстройств личности выделяют неправильное воспитание в семье, «деформированные» отношения с родителями, негативное отношение ближайшего окружения в период детства и отрочества.

По МКБ-10 диагностическими критериями расстройств личности являются:

1. *Заметная дисгармония в складе личности и поведения (обычно включает несколько сфер психической деятельности).*

2. *Аномальный (отклоняющийся от условной нормы) стиль поведения, возникший давно и имеющий стойкий характер.*

3. *Всеобъемлющий аномальный стиль поведения, включающий широкий диапазон социальных ситуаций.*

4. *Нарушения личности, возникающие в детском или подростковом возрасте и сохраняющиеся в период зрелости.*

5. *Расстройство, приводящее к значительному личностному дистрессу (мучительно для человека).*

6. *Расстройство, сопровождающееся (но не всегда) существенным ухудшением профессиональной и социальной продуктивности.*

По МКБ-10 выделяют следующие типы расстройств личности:

F60.0 Параноидное расстройство личности
F60.1 Шизоидное расстройство личности
F60.2 Диссоциальное расстройство личности
F60.3 Эмоционально-неустойчивое расстройство личности
F60.4 Истерическое (гистрионное) расстройство личности
F60.5 Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности
F60.6 Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности

F60.7 Зависимое расстройство личности

F61.0 Смешанное расстройство личности

Это деление условно. С введением МКБ-10 уровень совпадений диагнозов расстройств личности, выставляемых одному и тому же пациенту разными психиатрами, составляет примерно до 60,0% (в 70-е гг. XX в. по другой классификации он составлял всего лишь 30,0%).

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ

Психоаналитическая теория З. Фрейда: Личность рассматривается в единстве 3-х основных структурных компонентов души: Ид (оно), Эго и Суперэго. **Ид** – это все унаследованное, т. е. инстинкты. Это первоначальная базисная структура личности. Содержание Ид – бессознательное. **Эго** – часть психического аппарата для контакта с внешней реальностью. Внешняя задача Эго – самосохранение посредством бегства, адаптации, и деятельности. Внутренняя – контроль инстинктов в виде подавления, ослабления, сублимации исходя из обстоятельств внешнего мира. **Суперэго** – это судья (цензор) деятельности и мыслей Эго. Это хранилище моральных установок, норм поведения. Базисными функциями Суперэго являются совесть, самонаблюдение и формирование идеалов.

По З. Фрейду становление личности происходит на основе принципов ***удовольствия, реальности и постоянства.***

Принцип удовольствия – психика стремится к достижению удовольствия и избегания боли. ***Принцип реальности*** – направленность к приведению бессознательных стремлений к получению удовольствия в соответствии с требованиями внешнего мира. ***Принцип постоянства*** – психический аппарат обладает тенденцией удерживать возбуждение на возможно постоянном уровне.

Теория аналитической психологии К. Юнга: Личность – совокупность архетипов. **Архетип** – связь наследуемых первичных прообразов и структур психики, обеспечивающих поведение. У него их пять: **самость, анима и анимус, тень, эго и персона. Самость** – архетип порядка и целостности личности.

Анима и анимус – интерсексуальные связи в душе личности: анима – у мужчин, анимус – у женщин. **Тень** – центр личного бессознательного (то, что вытеснено из сознания в бессознание как неприемлимое для человека. **Эго** – возникает из бессознательного (граница между ним и сознанием). **Персона** – тождественна характеру.

По мнению К. Юнга человек рождается не только с биологическим набором, но и с психологическим наследством в виде «коллективного бессознательного». Это способствует формированию личностных качеств.

Индивидуальная психология А. Адлера

Личность формируется под влиянием стремления к совершенствованию и превосходству. Люди со слабостью органов пытаются это компенсировать развитием другой деятельности. Почти у всех выдающихся людей было несовершенство органов, тяжелые болезни, но они боролись и преодолели свои трудности. Это гиперкомпенсация дефекта. Жизненная цель здесь – мост между неудовлетворяющим настоящим и ярким будущим.

Гештальтпсихология. Личность рассматривается через призму **перехода от опоры на среду к опоре на себя**. Условие гармонии организм/среда – сознавание иерархии потребностей. Основа сознавания – понимание организма как целого, принципы «здесь и сейчас» и «как и почему».

Принцип «Здесь и сейчас» – жизнь в настоящем (признак личностного здоровья). Принцип «Как и почему» – процесс совершения поступков. Каждый элемент существования можно понять как часть одного или нескольких гештальтов. Принцип иерархии потребностей всегда действует в человеке и важная незаконченная ситуация всегда проявится.

Бихевиоризм.

Личность – сумма паттернов поведения генетической природы. Любой поступок – выработанная привычка, сформированная по механизмам рефлексов. Выделяют два способа становления поведения и возникновения личностных черт: **обусловливание и подкрепление.** Обусловливание производится до поступка, подкрепление – после него. Например, делать человека честным можно вознаграждая его или лишая чего-то в зависимости от проявления или непроявления данного качества. При обусловливании награда или наказание будут до поступка, а при подкреплении – по его завершению.

Гуманистическая психология Э. Фромма

Параметры личности объясняет с точки зрения понятий **«обладания» и «бытия».** Обладание – присвоение себе каких-либо свойств или качеств и получение удовлетворения от обладания ими. Бытие – процесс получения удовлетворения от жизни. Цель человека – одна из систем («У меня есть…», «Я есть…»). Обладание и бытие – два способа существования человека, распределение их в человеке определяет черты характера, которые индивидуальны. **Они проявляются в центральной проблеме человеческого существования – отношении к жизни и смерти.**

Автор выделил **две стратегии**, определяющих формирование личностных качеств: 1) страх смерти; 2) утверждение жизни. Отношение к смерти и жизни может рассматриваться как через призму обладания, так и через призму бытия. В первом случае, страх смерти – это страх потерять то, что имеешь. Во втором – смерть не так страшна в связи с мировоззренческой позицией бытия. Суть –

бытие существует только «здесь и сейчас», обладание ориентируется на любое время (прошлое, настоящее, будущее). При ориентации на обладание человек привязан к тому, что накоплено в прошлом. Нацеливаясь на будущее, он думает чем сможет обладать в перспективе. В то же время такие установки не давлеют над бытием.

ВИДЫ, ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ

Параноидное расстройство личности

Чаще встречается у мужчин. Его отличают *недоверчивость к окружающим, повышенная подозрительность, стремление видеть в действиях других людей угрозу своему благополучию, поиски скрытого смысла в повседневных событиях, в высказываниях и поведении окружающих, упорство в отстаивании своих целей, бескомпромиссность, неспособность прощать обиды и унижения, обостренная чувствительность к ущемлению своих прав*. Примером могут быть патологические ревнивцы, жалобщики-кверулянты, непреклонные критики, недоверчивые скептики, фанатичные борцы за осуществление своих идей.

Их «слабые» черты, затрудняющие социальную адаптацию: завышенная самооценка, отсутствие гибкости, обидчивость, плохая коммуникация, постоянная уверенность в своей правоте, неспособность видеть свои недостатки и прощать другим обычные человеческие слабости, учитывать все многообразие взглядов окружающих и чувствовать оттенки человеческих взаимоотношений, стремление подмечать недостатки окружающих.

Их «сильные» черты – упорство, уверенность в себе, стремление к независимости, отстаивание своих интересов, жизненная стойкость, преданность делу и убеждениям, развитые критические способности, чувствительность к социальной несправедливости.

Рекомендации врачу и психологу по общению с пациентами:

- устанавливать отношения постепенно, шаг за шагом завоевывая доверие (не пытаться быстро «сократить дистанцию»);
- избегать критики пациента, демонстрации собственного превосходства, что вызывает ответную агрессию;
- не пытаться защищаться, если пациент проявит агрессию, нужно его выслушать, частично соглашаясь, и привести свои аргументы (но не оправдания!);
- постоянно демонстрировать серьезность, уважение к пациенту, внимательно его слушать, избегать шуток, иронии, сарказма в его адрес;
- не допускать приказного тона, предоставлять пациенту определенную независимость, подчеркивать равноправие с ним в принятии решений и разделять ответственность;
- при проведении интервью особенно важна способность к активному слушанию, прояснению ожиданий пациента, а также умение руководить ходом беседы.

Шизоидное расстройство личности.

Соотношение мужчин и женщин 2 : 1. В деятельности идет ориентация на внутренние ощущения и переживания, чем на внешние, ситуативные. Характерными чертами таких людей являются: *замкнутость, молчаливость, нелюдимость, необщительность и отгороженность от окружающего мира, погруженность в мир собственных фантазий, а также эмоциональная холодность, в том числе и к близким, неспособность проявлять свои чувства и сопереживать другим, пренебрежение социальными нормами и условностями.* Эти люди производят ощущение странных («не от мира сего»), вход в их мир обычно «закрыт». Их мышление необычно и нестандартно, их увлечения – мистика, астрология, экзотика, религиозные учения, целительство.

Их отличают «штампованные» способы реагирования на ситуации, неумение начать разговор и закончить его. *Например, в разговоре по телефону шизоид опускает телефонную трубку, часто забывая выполнить формальности – попрощаться, выслушать завершающую фразу собеседника.* Коммуникация носит выхолощенный оттенок. Типичны неспособность переживать яркие эмоции, снижение уровня обыденного эмоционального реагирования и ангедония.

Лица с таким расстройством не склонны ориентироваться на внешне заданные нормы и правила поведения. «*Шизоид может не одеть на светский раут соответствующую одежду, а придти туда в грязных и рваных джинсах».* Он действует по принципу удобства и комфортности для себя самого. На этом же основана прямота высказываний и бескомпромиссность. Для шизоида характерны ригидность и склонность к поведенческим стереотипам, нелюбовь к любым изменениям к себе и вокруг. Отмечается негативная реакция на покупку новой одежды, поход к парикмахеру, смену места жительства или перестановку мебели в квартире.

Их «слабые» черты – неспособность контактировать с окружающими, непрактичность, непонимание социальных условностей, нечувствительность к социальной похвале и осуждению.

Их «сильные» черты – независимость в суждениях, оригинальное мышление, богатство фантазии, способность генерировать необычные творческие идеи. Такие люди создают науку, литературные шедевры, например, И. Ньютон, А. Эйнштейн, В. Набоков, И. Бродский.

Рекомендации врачу и психологу по общению с пациентами:

- не «переделывать» пациента, принимать таким, каким он есть;
- находить общие интересы, точки соприкосновения и далее их использовать;
- налаживать отношения с членами семьи и поручать им контроль за выполнением назначений;
- при проведении интервью особенно важны открытые вопросы, постоянное прояснение ожиданий пациента, передача ему информации в конкретной форме и постоянная проверка степени ее понимания им.

Диссоциальное расстройство личности.

Соотношение мужчин и женщин 3 : 1. Чаще встречается у низших социально-экономических слоев общества. Основные черты: стойкое нежелание следовать установленным в обществе нормам и правилам, склонность к авантюрам, рискованным приключениям, отсутствие сочувствия и сострадания к окружающим, недостаток ответственности и самоконтроля, неспособность испытывать чувство вины и раскаяния за свое поведение, склонность обвинять окружающих и обстоятельства в своих конфликтах. Лица с этими расстройствами склонны к агрессии, насилию, азартным играм, часто вступают в противоречие с законом, не испытывая тревоги и сожаления. У них низкий самоконтроль и самоограничение.

«Слабые» черты у них преобладают. Отсюда конфликты с законом, физические и психические травмы, финансовые трудности, разводы с распадом семей, высокий риск вензаболеваний, злоупотребления ПАВ.

Их «сильные» черты – смелость, непоколебимая уверенность в себе, жажда нового, талант первооткрывателей, умение жить полной жизнью, действовать «здесь и теперь».

Рекомендации врачу и психологу по общению с пациентами:

- нельзя «читать мораль» и доверять обещаниям изменить поведение;
- доходчиво объяснить возможные последствия рискованного поведения (внезапная смерть, ВИЧ-заражение, лишение свободы) и возложить ответственность за выбор форм поведения на самого пациента;
- не выступать в роли помощника и не позволять пациенту манипулировать собой;
- подчеркивать, что забота о собственном здоровье и ответственность за выполнение врачебных назначений лежит на самом пациенте.

Эмоционально неустойчивое расстройство личности.

Соотношение женщин и мужчин 3 : 1. Основные черты: эмоциональная неустойчивость, взрывчатость, несдержанность, склонность к тяжелым аффектам. Колебания настроения связаны как с внешними поводами, так происходят и спонтанно. В аффекте эти лица склонны к ауто- и гетероагрессии (бросаются предметами, режут предплечье, совершают парасуициды). Они видят мир схематично и в черно-белом цвете – «все или ничего!». Делят людей на группы дихотомично: «очень хорошие» и «очень плохие», причем «переброс» из групп происходит немедленно. Лица с эмоционально неустойчивым расстройством личности склонны к депрессии, пьянству, потреблению ПАВ, суициду. Они непоследовательны, не могут использовать свой прежний эмоциональный опыт. Их ошибки повторяются, что усиливает чувство пустоты и отчаяния.

«Слабые» черты у них преобладают. Их «сильные» черты – эмоциональность, способность увлекаться новыми людьми и идеями, неудовлетворенность собой, стремление искать у окружающих стремление и поддержку. *Рекомендации врачу и психологу по общению с пациентами:*

- принимать пациента таким, каким он есть, проявлять терпение, последовательность, твердость, не позволять провоцировать конфликты и последующие примерения;
- заключить с пациентом контракт, где обговорить допустимые пределы поведения, и требовать их выполнения;
- распределять ответственность за результат лечения с пациентом и настаивать на том, чтобы он выполнял свою часть работы;
- подчеркивать ценность человеческой жизни и необходимость считаться с интересами других людей.

Истерическое (гистрионное) расстройство личности.

Преобладает у женщин. Характерные черты таких людей театральность, демонстративность, повышенная эмоциональность и переменчивость настроения, стремление привлечь к себе внимание («выделиться из толпы»), также повышенная внушаемость и самовнушаемость. В беседе такие люди очаровывают, пытаются представить себя лучше, чем есть на самом деле. Речь богата, но не всегда точна, полна преувеличений. Жесты и мимика театральны. Лица с этим расстройством живут «чувствами, а не разумом». Эмоции их яркие, но поверхностные и переменчивые. Их сущность – желание находиться в центре внимания всех взаимоотношений. Это порождает эксцентричность внешности, поведения и высказываний. Они склонны к возникновению диссоциативных и соматоформных расстройств, а также синдрома Мюнхгаузена.

Их «сильные» черты – обаяние, умение привлечь окружающих и произвести на них впечатление, развитые коммуникативные навыки, эмоциональная открытость, тонкое чутье, социальная и профессиональная активность.

Их «слабые» черты – неискренность, склонность ко лжи и преувеличению, эмоциональная незрелость, непоследовательность в поступках, неорганизованность в поведении, резко выраженная эгоистичность и эгоцентричность, постоянное стремление к манипулированию окружающими, болезненное самолюбие.

Рекомендации врачу и психологу по общению с пациентами:

- соблюдать эмоциональную и поведенческую дистанцию, не давать увлечь себя на сторону пациента в его конфликтах, не обсуждать вопросы, не касающиеся профессиональной компетенции врача;
- демонстрируя доброжелательность, проявлять твердость, последовательность и уверенность в себе;
- помнить о склонности пациентов к преувеличению симптомов;
- сразу договориться о разделении ответственности, постоянно контролировать выполнение пациентом намеченных мероприятий;
- не позволять опаздывать, самовольно менять назначения, без согласования обращаться к другим врачам;
- не позволять манипулировать собой (спокойно воспринимать и похвалу и осуждение);
- при проведении интервью контролировать свое невербальное поведение в связи с развитой интуицией у пациента.

Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности

Значительно чаще встречается у мужчин. Характерные черты: чрезмерная добросовестность, педантичность, скрупулезность, утрированное стремление к совершенству в деятельности («перфекционизму»), излишнее внимание к деталям в ущерб главному, упрямство, отсутствие гибкости, излишняя требовательность в вопросах нравственности, приверженность социальным условностям. Это трудоголики, часто отказывающие себе в жизненных удовольствиях. Им трудно заставить принять себя ясное решение, тратить деньги, избавляться от старых ненужных вещей. Их требования к себе завышены. Им свойственны постоянные колебания, возврат к сделанному в поисках недостатков. Они упорно стоят на своем. У таких людей легко возникают навязчивые мысли и действия.

Их «сильные» черты – обязательность, добросовестность, трудолюбие, упорство в достижении цели, высокие требования к себе, к морали, преданность семье, работе, руководителю.

Их «слабые» черты – нерешительность, неуверенность в себе, поглощенность несущественными деталями, неумение переключаться, отдыхать, наслаждаться жизнью, застреваемость и злопамятность, плохая переносимость стрессовых ситуаций, завышенные требования к окружающим.

Рекомендации врачу и психологу по общению с пациентами:

- важно убедить пациента в компетентности врача уже при *первой* встрече (удалось – пациент ваш союзник до конца лечения);
- убеждая пациента, важно больше использовать фактов, объяснять ход своих мыслей логически, рационально, но без эмоциональных аргументов;
- в ходе интервью нужно самым внимательным образом выслушать, подробно рассмотреть опасения пациента, не следует иронизировать, шутить и заявлять, что его опасения беспочвенны;
- необходимо чаще использовать открытые вопросы и подробно суммировать результаты интервью.

Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности.

Встречается с одинаковой частотой у мужчин и женщин. Характерные черты: неуверенность в себе, постоянное чувство тревоги и напряжения, избегание контактов с людьми и жизненных ситуаций из-за боязни критики, осуждения и отвержения, болезненная чувствительность к критике. У таких людей жизнь происходит в «своем мире»: семья, несколько друзей. Им лучше работается там, где мало людей. Они постоянно скованы, напуганы, не могут проявить себя, завязать новые знакомства, нуждаются в постоянной защите и одобрении. Для них очень характерно ношение с собой многих разных вещей «на всякий случай». Их самооценка занижена, что не соответствует действительности. Эти люди склонны к развитию социофобий.

Их «сильные» черты – эмоциональная теплота и чуткость, преданность семье, профессии, способность создавать комфорт и уют для себя и близких, предусмотрительность, требовательность к себе.

Их «слабые» черты – неуверенность в себе, повышенная тревожность, затруднения при установлении социальных контактов.

Рекомендации врачу и психологу по общению с пациентами:

- встречаться без посторонних, в обстановке, обеспечивающей безопасность и уединение, не менять место встречи;
- не усаживать пациента спиной к двери, предоставлять ему удобное место (мягкое кресло, свет не должен падать в лицо);
- убрать физические барьеры, постоянно находиться в открытой позе и демонстрировать активное слушание;
- в беседе инициатива за врачом, не следует заставлять пациента принимать быстрые решения, но всегда объяснять ему, почему принимается то или иное решение;
- следует избегать иронии и критики, выступать в роли советчика и опекуна, постоянно демонстрировать эмпатию, внимание и сочувствие;
- не скупиться на похвалу, постоянно подчеркивать позитивные качества и достижения пациента.

Зависимое расстройство личности.

Чаще встречается у женщин. Характерные черты: постоянное стремление человека подчинить свои собственные потребности и интересы интересам других, быть ведомым, но не ведущим, затруднения в принятии самостоятельных решений и отстаивании своих интересов, страх потерять человека, с которым возникла тесная связь, и остаться в одиночестве. Такие люди подчиняемы, скромны и безропотны, стараются во всем следовать мнению других. Их самооценка занижена. Свой успех они видят в успехе других людей (например, мужа, начальника). У них повышена вероятность развития депрессии и социальных фобий.

Их «сильные» черты – эмоциональная теплота и чуткость к другим, лояльность, гиперсоциальность, преданность семье, коллективу, социальным правилам, альтруизм, исполнительность, высокая требовательность к себе.

Их «слабые» черты – отсутствие самостоятельности, инициативы, предприимчивости, неспособность отстаивать собственные интересы, внушаемость, идеализация объекта привязанности.

Рекомендации врачу и психологу по общению с пациентами: соответствуют правилам работы с лицами, имеющими тревожное расстройство личности. Только не следует забывать, что подобные пациенты могут стать ***сверхзависимыми*** *от врача и психолога.*

Смешанное расстройство личности.

К ним относятся случаи, когда у пациента имеется несколько типов расстройств личности, но не один их них значительно не преобладает.

Патопсихологическая характеристика расстройств личности.

Расстройства личности (а точнее, расстройства зрелой личности) – клинически значимые состояния отклоняющихся поведенческих типов и проявляющихся в дезадаптации, тотальности и стабильности патологических черт. Они

являются *характерологическими* расстройствами (преобладает патология характера). При них более выражены нарушения *эмоционально-волевой* и *мыслительной* сфер. Остальные познавательные процессы (ощущение, восприятие, внимание, память и сознание) не страдают.

Воля и мотивация. Эти составляющие психической деятельности при расстройствах личности отличает «сдвиг мотива на цель» (средства достижения цели превращаются в цель с приобретением ими самостоятельных мотивов). При расстройствах личности и аномальные мотивы также превращаются в цель, у человека нарушаются побуждения к какой-либо деятельности.

Деятельность должна быть *целесообразной, целеобусловленной и целенаправленной.* При расстройствах личности могут нарушаться все эти компоненты: возникают недифференцированность реальных и идеальных целей, неумение объективно оценивать возникающую ситуацию, увидеть ее в развернутой перспективе, неумение поставить посильную реальную цель, достижение которой приблизит в будущем достижение идеальной.

Нарушение целеобразования, целевой структуры деятельности (по Б.С. Братусю) *патогномонично для расстройств личности!* Для лиц с этими нарушениями характерны высокие представления о своей ценности, что проявляется завышенными требованиями к жизни, невозможностью смириться с отсутствием жизненных благ. Это порождает их нежелание прикладывать необходимые усилия для достижения этих благ, что оправдывается отсутствием необходимых личных качеств. Ставятся слишком далекие, нереальные цели, либо лица с расстройствами личности движимы мотивацией избегания неудач. Для них типично прямое следование случайно возникшей ситуации без учета вероятностного прогноза.

Диагностика расстройств личности основана на оценке социального функционирования индивидуума, характерных для каждого типа этих расстройств признаков, а также данных психодиагностики. В последнее время, чаще других, применяется **многосторонний метод исследования личности (ММИЛ),** описаный Ф.Б. Березиным, М.П. Мирошниковым, Р.В. Рожанцом, 1976 г.). Тест состоит из 377 утверждений, с которыми испытуемый может согласиться или нет применительно к себе. Обработка результатов теста с помощью компьютера.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ

Применяемые методы психологической коррекции расстройств личности не всегда эффективны. Остановимся нам некоторых из них:

Методы лечения *параноидного* расстройства личности. Добровольное обращение к врачу – редкость. Такие лица считают это унизительным, не доверяют

терапевту и противятся лечению. Это причина того, что лечение продвигается медленно.

Психоаналитики пытаются понять, что стоит за гневом человека, и работают с тем, что они считают скрытым желанием человека иметь удовлетворительные отношения. Терапевты, придерживающиеся поведенческого и когнитивного направления, пытаются помочь таким людям контролировать тревогу и совершенствовать навыки разрешения межличностных проблем. Пациентам помогают более реалистично интерпретировать поступки и намерения других людей, лучше понимать точку зрения окружающих. Медикаментозная терапия обычно оказывается неэффективной.

Методы лечения *шизоидного* расстройства личности. Эти люди начинают лечиться только при условии возникновения другого заболевания, например, алкоголизма. Они сохраняют «дистанцию» между собой и терапевтом, не заботятся о ходе лечения и его результате. Улучшения состояния незначительны.

Когнитивным терапевтам иногда удается помочь этим людям испытать более позитивные эмоции. Их приемы включают ознакомление пациента со списком эмоций, над которым он должен поразмышлять, или просьбу вспомнить и описать какие-то приятные ситуации.

Терапевты-бихевиористы иногда успешно прививают своим клиентам социальные навыки, используя в качестве средств ролевые игры, контролируемое воздействие неприятных пациенту стимулов и домашние задания.

Групповая терапия, очевидно, полезна, когда она создает обстановку, безопасную для социального контакта, хотя люди с шизоидным расстройством личности испытывают дискомфорт при любой попытке заставить их участвовать в деятельности. Медикаментозная терапия здесь также неэффективна.

Методы лечения *диссоциального* расстройства личности. С таким расстройством лечится 1/3 пациентов. Однако ни один из методов не является эффективным. Серьезной проблемой у этих людей является отсутствие совести и их нежелание меняться. Большую часть их заставляют лечиться работодатели, учебные заведения или правоохранительные органы. Возможен вариант попадания в поле зрения терапевта по поводу другого заболевания. До 70,0% таких пациентов прекращают лечение раньше времени.

Когнитивно-поведенческие терапевты пытаются заставить пациентов с диссоциальным расстройством личности задуматься о моральных вопросах и о потребностях других людей. Кроме того, в США в ряде больниц и тюрем пытаются создать *сообщество* людей с этим расстройством, структурированную среду, которая бы учила их нести ответственность перед другими людьми.

Еще один популярный подход используют *программы по «борьбе с одичанием»*, нацеленные на то, чтобы придать человеку уверенность в себе, поднять его самооценку и сделать более преданным интересам группы. Некоторая польза в этих программах есть. Вместе с тем применение сегодняшних лечебных

подходов к коррекции диссоциального расстройства личности либо дает малый эффект, либо не дает вовсе.

Методы лечения *истерического (гистрионного)* расстройства личности. Люди с таким расстройством, в отличие от остальных типов личностных нарушений, часто сами обращаются за помощью. Процесс их лечения труден. Они привносят в него свои правила, капризы, требования, приемы обольщения. Часто они заявляют, что сделали для себя важное открытие, что с ними произошли изменения в ходе лечения, только для того, чтобы сделать приятное терапевту. Специалисты должны оставаться объективными и не выходить за рамки своей профессии.

Когнитивные терапевты пытаются помочь людям с этим расстройством изменить взгляд на свою беспомощность и выработать у них более совершенные и рациональные приемы мышления и решения проблем. Используются также психодинамическая и групповая психотерапия. Во всех этих подходах терапевты рассчитывают, что люди осознают свою чрезмерную зависимость, найдут способ получать внутреннее удовлетворение и станут более самостоятельными. Медикаментозная терапия помогает в меньшей степени.

Методы лечения *тревожного (избегающего)* расстройства личности. Люди с такими расстройствами, обращаясь к терапевту, стараются добиться одобрения и любви с его стороны. Часто курс лечения прерывается, так как пациенты избегают общения с врачом. Они не верят в его искренность, опасаются неприятия с его стороны. Первая задача специалиста – завоевание доверия пациента. В дальнейшем терапевт подходит к лечению так же, как и к коррекции социальных фобий и других тревожных расстройств. Психодинамические терапевты пытаются помочь этим людям увидеть бессознательные конфликты и преодолеть их.

Когнитивные терапевты помогают им изменить свои болезненные взгляды и мысли, стать более терпимыми к эмоциональному дискомфорту, сформировать правильные представления о самих себе. Бихевиористы используют технику обучения специальным навыкам и метод контролируемого негативного воздействия, требующие от людей постепенного расширения своих социальных контактов. Групповая терапия также полезна. Она дает возможность попрактиковаться в различных социальных ситуациях. Антидепрессанты и успокаивающие препараты оказывают временный эффект.

Методы лечения *зависимого* расстройства личности. В ходе него пациент, как правило, перекладывает всю ответственность за результат и свое благополучие на терапевта. Ключевой вопрос терапии – заставить пациента взять ответственность на себя. Иногда, его поведение «подпитывается» поведением супруга или родителя. Здесь уместны семейная или независимая индивидуальная терапия. Психодинамические терапевты пытаются «перенести» зависимость пациента на терапевта. Терапевты-бихевиористы часто предлагают упражнения по обретению уверенности, помогающие пациентам лучше выражать свои

желания в отношениях. Когнитивные терапевты стараются помочь людям изменить свои представления о некомпетентности и беспомощности. Полезна групповая терапия. Ее смысл здесь обеспечить поддержку нескольких людей, находящихся в том же положении, взамен поддержки одного единственного, но доминирующего человека. Члены группы учатся путем подражания лучше выражать свои чувства, решать свои проблемы, практикуют новые модели поведения.

Методы лечения ананкастного (*обсессивно-компульсивного*) расстройства личности. Люди с этим расстройством обычно считают себя здоровыми. Визит к врачу определяется появлением другого расстройства, либо на нем настаивают родственники. Пациенты лучше реагируют на психодинамическую и когнитивную психотерапию, хотя медикаментозная и поведенческая терапия то же высокоэффективны. Психодинамические терапевты помогают пациенту осознать, пережить на опыте и принять свои чувства и лежащую за ними неуверенность. Они могут также помочь им научиться рисковать и принять как должное свои личные недостатки. Когнитивные терапевты стремятся помочь клиентам избавиться от дихотомического мышления, излишней требовательности, нерешительности, медлительности и хронического беспокойства.

Лекция № 11
ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ШИЗОФРЕНИИ

Вопросы:

1. Классификация шизофрении. Структура шизофренического синдрома.

2. Различные подходы к пониманию возникновения шизофрении.

3. Данные патопсихологического исследования при шизофрении.

4. Психотерапия, психологическая и социальная реабилитация больных шизофренией.

КЛАССИФИКАЦИЯ ШИЗОФРЕНИИ. СТРУКТУРА ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Шизофрения – это психическое заболевание, при котором личная, профессиональная и социальная деятельность страдают в результате появления странных ощущений, нарушения мышления и двигательных дисфункций. Больные *теряют контакт с реальностью* по ключевым каналам получения и переработки информации. Они могут испытывать галлюцинации (ложное восприятие), бред (ложное убеждение).

Шизофренией страдает каждый сотый человек в мире (в США 2,5 млн таких больных). В этой стране более 100 млн долларов ежегодно идет на лечение и социальное обеспечение больных шизофренией. Семьи этих больных испытывают страшный «эмоциональный пресс», а 7,0-15,0% пациентов, страдающих шизофренией кончают жизнь самоубийством.

В США риску заболеть шизофренией подвержены люди с низким уровнем дохода («травматичность» нищеты), в равной степени, как мужчины (раньше заболевают и более тяжело болеют), так и женщины, чаще заболевают разведенные и одинокие люди (в 3,0% случаев, в отличие от состоящих в браке – 1,0%), афро-американцы (2,1%, в сравнении с белыми американцами – 1,4%).

В последних международных классификациях болезней (МКБ-10 и DSM-4) основные формы шизофрении по названиям совпадают. В частности, обе они выделяют параноидную, кататоническую, недифференцированную шизофрении. Вместе с тем существуют и некоторые различия. Ниже приводятся клинические формы шизофрении по МКБ-10:

F20.0 – Параноидная шизофрения

F20.1 – Гебефреническая шизофрения

F20.2 – Кататоническая шизофрения

F20.3 – Недифференцированная шизофрения
F20.5 – Резидуальная (остаточная) шизофрения
F20.6 – Простая шизофрения
F20.8 – Другие формы шизофрения
F20.9 – Шизофрения неуточненная

Структура шизофренического синдрома может быть разбита на 3 категории: *позитивные симптомы* (избыток мыслей, эмоций и действий), *негативные симптомы* (дефицит мыслей, эмоций и действий) и *психомоторные симптомы*.

Позитивные симптомы – симптомы шизофрении, кажущиеся избытками, причудливыми дополнениями к нормальному мышлению, чувствам или поведению. Это – *бред, дезорганизованное мышление и речь, обостренное восприятие и галлюцинации, эмоциональная неадекватность.* При шизофрении чаще всего встречается ***бред преследования*** (мерещатся заговоры, шпионаж, предвзятое отношение, нанесение вреда). ***Дезорганизованное мышление и речь*** проявляется нелогичностью мышления, причудливостью высказываний (*речевой спутанностью* – стремительным переходом от одной темы к другой, *неологизмами* – использованием выдуманных слов, *персеверацией* – повтором слов и *рифмованием). Например, на вопрос: Как здоровье? больной шизофренией может ответить: «Что ни говори, а плохо, черт побери!».* ***Обостренное восприятие и галлюцинации*** также входят в позитивные симптомы шизофрении. Сознание больных «переполняют» знаки и звуки окружающего мира. Галлюцинации – это ощущения, возникающие в отсутствие внешних стимулов. При шизофрении – они чаще слуховые, идущие как бы извне. Возможны и другие галлюцинации:

Тактильные – покалывание, жжение, чувство электрического тока. Висцеральные – «в животе ползает змея». Зрительные – облака, образы людей или предметов. Вкусовые – обнаружение, что пища или питье имеет странный вкус. Обонятельные – ощущение запаха, который не чувствуют другие: горького миндаля, дыма.

Эмоциональная неадекватность – человек при шизофрении демонстрирует эмоциональные реакции, не соответствующие ситуации: *например, улыбка больной шизофренией, когда ей говорят о серьезной болезни мужа.*

Негативные симптомы – симптомы шизофрении, кажущиеся дефицитом нормального мышления, чувств или поведения. Это – *алогия (бедность речи), эмоциональная тупость и эмоциональное уплощение, абулия («дефицит воли») и социальная изоляция.* ***Алогия*** – оскудение речи или ее содержания (говорят мало и без смысла). ***Эмоциональная тупость и эмоциональное уплощение*** – человек практически не демонстрирует никаких эмоций (лица амимичны, глаза пусты, голоса монотонны). ***Абулия*** – апатия (утрата желаний) и неспособность начинать и доводить до конца последовательность действий (приходит со стажем заболевания, больные как бы «изнурены» болезнью).

Социальная изоляция – уход от микросоциального окружения в мир своих идей и фантазий.

Психомоторные симптомы – это скованность движений больных шизофренией, воспроизведение странных гримас и жестов. Крайняя форма их проявлений – **кататония.** Она разнообразна по формам: пациенты в *кататоническом ступоре* не реагируют на внешние сигналы, они неподвижны и безучастны длительное время; *кататоническое оцепенение и позирование* характеризуется определенной, иногда неудобной позой, на многие часы и противодействием желающим ее изменить; *кататоническое возбуждение* – больной возбужденно двигается, часто беспорядочно размахивая руками и ногами.

Первые проявления шизофрении обычно наблюдаются в возрасте от **18** до **35** лет. Выделяют 3 стадии болезни: продромальную, активную и резидуальную. На продромальной стадии симптомы шизофрении неочевидны, но человек уже не функционирует на прежнем уровне (дефицит эмоций, странные высказывания, социальная изоляция). В активной стадии признаки шизофрении становятся явными. Резидуальная стадия характеризуется возвратом к уровню функционирования в продромальной стадии. Позитивная симптоматика уходит, но эмоциональная тупость может сохраняться. По данным Mc Guire (2000 г.) $^1/_4$ пациентов полностью выздоравливает от шизофрении, но до конца жизни у бывших больных сохраняются некоторые остаточные проблемы. Фазы течения могут длится дни и годы. Лучше и полнее восстанавливаются те больные, чья деятельность до начала заболевания была успешной, в случае инициации болезни стрессом, если шизофрения развилась остро или во взрослом возрасте.

К **разновидностям шизофрении** (по классификации DSM-4) относят следующие типы этого заболевания: *дезорганизованная, кататоническая, параноидная, недифференцированного типа, резидуального типа, типа I, типа II.*

Дезорганизованная шизофрения – этот тип отличает потеря ориентации, бессвязная речь, эмоциональная тупость или эмоциональная неадекватность. Изначально называлась «гебефренической» – свойственной юным (от греч. gebe – юность). Время риска возникновения – период полового созревания.

Кататоническая шизофрения – на первый план выходят тяжелые психомоторные нарушения.

Параноидная шизофрения – обнаруживается систематизированный бред и галлюцинации.

Шизофрения недифференцированного типа – нет доминирования ни одного набора психотических симптомов (потери ориентации, психомоторных нарушений, бреда или галлюцинаций).

Шизофрения резидуального типа – острые симптомы заболевания уменьшились по силе и частоте, но сохранились в остаточной форме.

Шизофрения типа I – тип шизофрении, который характеризуется в основном позитивными симптомами (бредом, галлюцинациями, некоторыми формальными расстройствами мышления).

Шизофрения типа II – тип шизофрении, который характеризуется в основном негативными симптомами (бедность речи, эмоциональное уплощение, снижение воли).

РАЗЛИЧНЫЕ ПОДХОДЫ К ПОНИМАНИЮ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Биологический подход. Генетические и биологические исследования показали ключевую роль наследственности и мозговой активности в развитии шизофрении. Считается, что некоторые люди наследуют биологическую предрасположенность к шизофрении, которая проявляется болезнью при столкновении с сильным стрессом, чаще в молодые годы. Это подтверждается изучением родственников больных шизофренией (чем ближе родство, тем больше шансов), близнецовых пар с этим заболеванием (у однояйцевых – вероятность шизофрении 48,0%, у разнояйцевых – 17,0%), усыновленных людей с шизофренией (изучали их истинных и приемных родителей с целью выявить шизофрению или получить о ней сведения; гипотеза: подтверждение шизофрении в первой группе – это влияние набора родительских генов, во второй – социального окружения; установили – выше заболеваемость шизофренией у истинных родственников), данными генетических связей и молекулярной биологии (изучали семьи с максимальной распространенностью шизофрении, брали образцы крови и участки ДНК у больных шизофренией и здоровых членов семей по всему миру, выявили дефекты генов в хромосомах 5, 6, 8, 9, 10, 11, 18 и 19, каждый из которых может предрасполагать человека к развитию шизофрении).

Генетические факторы могут влиять на возникновение шизофрении посредством передачи по наследству *биохимических аномалий и анормальной структуры мозга.* Гипотеза **биохимических аномалий** (допаминовая гипотеза) объясняет появление шизофрении тем, что нейроны, использующие медиатор допамин, слишком часто возбуждаются и передают слишком много посланий в нервных синапсах, таким образом продуцируя симптомы заболевания. Избыток допамина, появляющийся при применении L-dopa, амфетаминов, характеризуется появлением признаков шизофрении. Вывод – избыток допамина провоцирует появление симптомов шизофрении.

Фенотиазины – группа антигистаминных средств, ставшая первой группой эффективных антипсихотических препаратов. Из истории: их первая группа была открыта в 50-х гг. XX в. учеными, искавшими антигистаминные лекарства для лечения аллергии. Как антигистаминные препараты они оказались ничто, как антипсихотики – эффективны! Вскоре было обнаружено, что антипсихотики у психически больных вызывают мышечную дрожь (тремор) как у больных болезнью Паркинсона. Ученые уже знали, что паркинсонизм связан с очень низким уровнем допамина. Их вывод: раз антипсихотики, устраняя бред и галлюцинации, вызывают признаки паркинсонизма у больных с шизофренией, значит, они уменьшают уровень допамина, а следовательно, возникновение шизофрении возможно связано с чрезмерным количеством и активностью допамина. Особенно актуальна его связь с D-2 допаминовыми рецепторами. Этот тезис поставил под сомнение факт открытия атипичных антипсихотических средств. Они высоко эффективны при шизофрении, но действуют как на допамин-рецепторы, так и серотонин-рецепторы. Вывод: возможно развитие шизофрении связано не только с обменом допамина, но и серотонина.

Анормальная структура мозга как причина шизофрении выявилась при внедрении новых методов нейровизуализации мозга, в частности – сканирования. Установлено, что у шизофреников расширены желудочки мозга, в нем меньше серого вещества, уменьшены в объеме лобные доли и кровоснабжение мозга.

Вирусная инфекция во внутриутробный период может быть причиной аномалий мозга. Существует гипотеза, что вирусы в этот период проникают в мозг и находятся там в неактивном виде. Период «начала взрослости» посредством изменения гормонального фона активирует их, вызывая симптомы шизофрении.

Доказательства этой гипотезы: 1 – большинство больных шизофренией родились зимой; 2 – матери больных с шизофренией во время беременности перенесли грипп; 3 – у 40,0% больных этим заболеванием в крови обнаруживаются антитела к пестивирусам (вирусам чумки, обычно поражающим животных).

Психологический подход к возникновению шизофрении

Психодинамическая теория возникновения шизофрении по Фрейду включает 2 процесса: 1) регрессия в стадии несформированного Эго и 2) попытки восстановить контроль Эго.

Когда жизнь слишком сурова и родители мало или чрезмерно заботятся о ребенке, люди, у которых развивается шизофрения, регрессируют к ранней стадии своего развития (заботятся лишь о своих нуждах). Регрессия ведет к эгоцентризму, что проявляется бредом величия, речевой спутанностью, неологизмами. Далее, люди пытаются восстановить контроль Эго и войти в контакт с реальностью, что проявляется другими симптомами шизофрении: например, слуховыми галлюцинациями – попытка человека подменить утраченное чувство реальности.

Когнитивная теория возникновения шизофрении согласуется с биологической в том, что больные испытывают странные ощущения от действия биологических факторов. Дальнейшие изменения шизофренического плана наступают, когда люди пытаются понять эти странные ощущения. Столкнувшись с «голосами», «видениями» больные обращаются к родственникам, друзьям за разъяснениями, но те отрицают их наличие. Больные делают вывод, что от них скрывают правду. Так постепенно может сформироваться бред преследования. По мнению когнитивных теоретиков, возникновение шизофрении – это неверная интерпретация своих сенсорных трудностей (странных ощущений).

Социокультурная теория возникновения шизофрении считает, что психически больные – жертвы социального воздействия. В случае шизофрении это воздействие может выражаться в *закреплении «социального клейма»* и в *нарушениях в семье*. Закрепление «социального клейма»: сам диагноз оказывает влияние на особенности шизофрении. В социуме «шизофрениками» клеймят людей, которые не могут следовать определенным нормам поведения. «Клеймо» приобретает статус самореализующего пророчества, ведущего к развитию многих симптомов шизофрении.

В исследовании Розенхана (1973 г.), когда 8 нормальных людей обратились в разные больницы с жалобами, что слышали голоса «пустой», «полый», «тупой» они все

были госпитализированы с диагнозом «шизофрения». У псевдопациентов вскоре исчезли все симптомы, их поведение было нормальным, но им крайне трудно удалось избавиться от клейма и выйти из больницы. Медперсонал обращался с ними так, как будто они «невидимки». Из высказываний одного пациента из этой группы: «Медсестра расстегнула свою форму, чтобы поправить бюстгальтер, в присутствии целой палаты наблюдающих мужчин. Она даже не подумала о том, что соблазнительна. Более того, она не заметила нас».

Нарушения в семье, семейный стресс, по мнению исследователей, может привести к шизофрении. Родители людей с этим заболеванием часто ссорятся, общаются с трудом, критичны к ребенку и чрезмерно его опекают. В таких семьях часто имеет место вторжение во внутренний мир друг друга.

Резюмируя различные подходы к возникновению шизофрении, хочется высказать общую точку зрения большинства теоретиков на этот счет. Она такова: генетические и биологические факторы дают предрасположенность к этому заболеванию, а психологические и социокультурные факторы – толчок к его развитию.

ДАННЫЕ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

При патопсихологическом исследовании больных с шизофреническим синдромом, прежде всего, обнаруживаются изменения в следующих сферах, значимых в диагностическом плане:

- ***восприятии (перцептивной деятельности)*** – своеобразное восприятие слов (с множественным значением), преобладание случайных ассоциаций, актуализация «слабых» признаков предметов, особенности опознания зрительных образов в условиях неполной информации (совершается с резонерскими рассуждениями), нарушения анализа информативности зрительных стимулов, селективности информации;
- ***мышлении*** – чрезмерное или неадекватное обобщение, нецеленаправленность, разноплановость, соскальзывание, стереотипичная установка описания картин без выделения эмоционального подтекста, формальная трактовка пословиц, отрицание наличия болезни, сверхобобщение;
- ***аффективно-личностных свойствах*** – безразличие к психологическому исследованию и результатам испытаний, эмоциональное снижение и эмоциональная тупость, личностная дисгармония с нелогичностью самооценки, нарушение чувства юмора, неадекватность уровня притязаний.

Проявления шизофрении разноплановы (носят «суммарный» характер), касаются разных сфер психической деятельности. Нарушения восприятия проявляются в своеобразных особенностях опознания зрительных образов в условиях неполной информации (например, с неполными контурами изображения

или нечетких рисунков). У больных шизофренией нарушен логический ход анализа и оценки информативности стимулов при опознавании зрительных образов. Рассуждения больных в процессе опыта носят характер резонерских, отличаются многословием, отсутствием содержания, отрывом от реальной ситуации. Часто больные в своих рассуждениях привлекают категории высшей математики, философии, хотя выполнение задания этого не требует.

Утрата контакта с реальностью в связи с *амотивационным мышлением* у больных шизофренией дополняется нарушением *селективности* (выбора значимых для человека признаков) воспринимаемой информации. Эти два процесса тесно взаимосвязаны, но снижение уровня мотивации первично, а нарушение избирательности выбора является его производным. Причинами нарушения селективности восприятия являются: 1) измененная актуализация прошлого опыта (не могут опираться на факты, находящиеся в памяти); 2) расширение круга признаков предметов и явлений, привлекаемых для решения мыслительных задач (чрезмерная «смысловая свобода»).

Процесс нарушения селективности восприятия включает 3 последовательных звена: нарушения мотивационной сферы личностного смысла > селективности информации. Отсутствие мотивации (того, что заставляет нас целенаправленно действовать) нарушает личностный смысл (пристрастность человеческого сознания, придающая значимость объектам, явлениям) происходящего вокруг нас. В сознании больных шизофренией теряется их сущность, значение, интерпретация объектов и явлений не совпадает с общепринятой, не определяется реальной ситуацией. Для шизофрении свойственно, что стандартные информативные признаки = или < (меньше) нестандартных, что приводит к нарушению селективности воспринимаемой информации.

Можно предположить, что в зависимости от степени повреждения определенного звена может наблюдаться большая выраженность того или иного расстройства мышления: нарушения мотивационной сферы (I) > апатическая редукция мышления; нарушения личностного смысла (II) > аутистическое и резонерское мышление; нарушения селективности информации (III) > паралогическое и символическое мышление.

Сегодня нет психодиагностических методик совершенно не значимых при исследовании больных этим заболеванием. Приведем 2 примера: Например, кривая **запоминания 10 слов** по типу **«плато»**, при отсутствии клинически определяемого снижения памяти, является косвенным признаком наличия аффективно-личностных изменений по шизофреническому типу. Искажение процессов обобщения у больных шизофренией особенно легко выявляется при исследовании методикой **классификации**. Распределение карточек на группы производится больными чрезмерно обобщенно, без связи с реальным содержанием явлений, либо – по несущественным, необычным, неадекватным признакам.

Примеры выполнения задания по **методике классификации** больными шизофренией:

Больная А. провела классификацию, руководствуясь окончаниями написанных на карточках слов. Так, в одну группу она объединила мак, жука, в другую – морковь, гуся, тетрадь и лошадь. Отдельные группы она подобрала по количеству букв в словах: пила, рыба, коза, слон.

Больная П. при классификации выделила следующие группы:

– живые существа женского и мужского пола, грибы, неодушевленные предметы мужского, женского и среднего рода;

– растения мужского, женского и среднего рода, предметы, имеющие лишь множественное число; людей мужского и женского пола.

Во втором случае наглядно видно игнорирование больной существенных связей, вся классификация проведена ею в основном по грамматическому принципу (род объекта). Весы и часы оказываются случайно в одной группе, но не потому, что они являются измерительными приборами, а в связи с грамматическими особенностями этих слов. В основе классификации, проведенной больной П., не лежит какая-то единая система. Больная одновременно применила для классификации несопоставимые критерии.

Нередко больные шизофренией при **классификации** минуют первый этап выполнения задания и сразу же делят все карточки на две (живая и неживая природа) группы. По характеру проведения классификации больными шизофренией нередко можно судить о нарушениях у них целенаправленности мышления, приводящих к непродуктивности мыслительной деятельности, хотя выполнение отдельных достаточно сложных заданий свидетельствует, что интеллектуальный уровень у них не снижен. Примером этого является приведенная выше классификация, построенная на несопоставимых критериях.

При выполнении заданий по методике **исключения** больные также производят обобщение по несущественным, формальным признакам.

Больной Л. объединяет в одну группу ножницы, катушку и трубку – «все они имеют сквозные отверстия, а наперсток имеет лишь входное отверстие». Он же объединяет весы, очки и часы и исключает термометр – «по принципу общности отношений деталей – весы при воздействии факторов внешней среды могут колебаться, у очков можно передвигать ушки, а часы имеют заводной механизм».

Легкость актуализации «слабых», чрезмерно обобщенных признаков обнаруживается, когда больному шизофренией предъявляют карточку, где изображены далекие друг от друга предметы. Здоровые обследуемые в таких случаях либо отказываются выполнить задание, говоря, что эта карточка не содержит изображений трех предметов, которые можно было бы обобщить, либо дают обусловленно-формальное решение: *«Если вы настаиваете, то можно так... но это неправильно».* Больные шизофренией в этих случаях легко производят обобщение и отстаивают правильность решения задачи. Так, например, предъявляется карточка, на которой нарисованы роза, яблоко, шуба, книга.

Больной С.: «Роза, яблоко и книга имеют листья». Больной О.: «Если в грамматике разбираться, то книга, роза, шуба женского рода, а яблоко – среднего рода».

При исследовании методикой **исключения** нередко у больных шизофренией обнаруживаются явления разноплановости мышления. *Разноплановость* –

это проявление нарушения целенаправленности мышления. Одно и то же задание больной выполняет в нескольких вариантах (иногда один из них правильный). При этом предпочтение какому-либо решению не отдается.

Больная П. одно и то же задание решает двояко: «Можно объединить монету, будильник и карманные часы и выделить стенные часы, так как они граненой формы. А можно выделить монету – это все часы по производству, а это деньги. Все зависит от постановки вопроса. Если по форме – то первое решение, а по производству – второе».

Больной Ж. объединяет в одну группу солнце, керосиновую лампу и свечу и исключает электрическую лампочку. При этом он рассуждает следующим образом: «Электрическая лампочка слишком пахнет цивилизацией. Цивилизация убила все, что оставалось в человеке хорошего. Вообще-то, нет надобности исключать ни один из этих предметов, но, руководствуясь подтекстом, я исключил электрическую лампочку. Кроме того, в ней нет очевидности горения, накала нити. Иначе были бы какие-нибудь лучи подрисованы».

В начальной стадии шизофрении наибольшее количество ошибок отмечается в методике **«Классификация»** при правильном выполнении в это же время методики **«Исключение».** При выраженном шизофреническом дефекте результативность обеих методик уравнивается. Почему? Причины две: 1) Роль внешней мотивации (характер задачи, четкость инструкция ее выполнения) меньше, чем внутренней (аффективно-личностные свойства обследуемого). Здесь уже инструкция не выполняет роль «корректора» мыслительной деятельности. Внутренняя мотивация – это преломление внешних причин через внутренние условия, характеризующаяся единством побудительной и смыслообразующей функции в психической деятельности человека. 2) В методике «Исключение» больший объем информации (большая вероятность актуализации несущественных признаков).

Явления разноплановости мышления, наблюдаемые у больных шизофренией, также определяются методикой **«Соотношение пословиц с фразами»**. Случайные, неадекватные ассоциации обнаруживаются у больных шизофренией в **пиктограммах**.

Следует отметить, что методика **пиктограмм** выявляет нарушения ассоциативного процесса часто тогда, когда они еще остаются незаметными при исследовании другими методиками. Она требует от обследуемого умения уловить общее в слове и рисунке, *хотя значение слова само по себе шире, чем то, что можно изобразить рисунком, и значение рисунка шире, чем слова, они должны лишь в какой-то части совпадать).* Обнаруживаемые при исследовании методикой **пиктограмм** у больных шизофренией расстройства соотнесения абстрактно-смысловых и предметно-конкретных компонентов аналитико-синтетической деятельности можно расценивать как результат нарушения взаимодействия сигнальных систем.

При исследовании этой методикой больных шизофренией нередко отмечается *своеобразная легкость*, с которой они подбирают образы для опосредования в отличие от больных со снижением интеллекта вследствие органического поражения мозга. Приводим примеры пиктограмм больных шизофренией:

Заданное слово – «Солнце» – Все могут ходить под солнцем…

«Мужчина» – Воры в большинстве мужчины…

Иногда вся пиктограмма представлена чрезмерно отвлеченно-абстрактными значками. Эти формально-схематические пиктограммы как раз и отличают больных шизофренией. Они отображают характерную для мышления этих больных *«пустую» символику*. Этот вычурный, формальный способ искаженного отражения действительности обусловлен у них аутизмом.

С.В. Лонгинова (1972) систематизировала пиктограммы образов, избираемых для опосредования, больными шизофренией: выбор образов, *неадекватных по содержанию,* отдаленных от заданного слова (к слову «справедливость» – стакан с водой; *пустой, выхолощенный, бессодержательный выбор* (точки, линии…); выбор образа, *лишенного* какого бы то ни было *содержания* (к слову «разлука» – темный квадрат). Пояснения больного: *«Темный квадратик – это олицетворение печали, разлука обычно сопровождается печалью. Темный цвет соответствует настроению, которое бывает при разлуке»*; выбор *по созвучию:* к слову «отчаяние» – чайник; выбор с *учетом* какого-то *фрагмента,* обычно неудачно выбранного конкретной ситуацией (к слову «надежда» – скамейка. Пояснения больного: «*Когда надеются, то обязательно ждут. Стоя ждать неудобно»*; выбор с *расплывчатостью, символическим объяснением* (к слову «разлука» – стена, мусорное ведро и человек. Пояснения больного: *«Стена, мусорное ведро, человек сидит на этом ведре, обхватив голову, и думает, что снова один. Человека, как ненужную личность, бесполезность его существования, можно ассоциировать с мусором... Стена – символ одиночества»; стереотипный выбора* (для создания различных пиктограмм используется один и тот же узкий набор образов).

Имеется связь между характером пиктограмм и психическим состоянием больных шизофренией. При обострении отмечается снижение числа адекватных образов, смещение к стереотипам.

Неадекватные ассоциации у больных шизофренией наблюдаются и в **ассоциативном (словесном) эксперименте**. Речевая реакция у них часто связана не со словом-раздражителем, а с каким-нибудь посторонним раздражителем (зрительным, звуковым). У больных нередки низшие речевые реакции: *эхолалические, отказные, по созвучию.* Их количество обычно возрастает с прогрессированием процесса. Иногда неиндифферентные словесные раздражители (например, *названия болезней и внутренних органов* при ипохондрической форме шизофрении) вызывают заметное увеличение латентного периода, многословную ответную речевую реакцию, отражающую бредовые переживания больного. У больных шизофренией также нередко обнаруживается *своеобразное изменение восприятия слов*. Слова для них приобретают *множественное значение*. Это происходит в связи с различной трактовкой их составных элементов *(«расшатывание» смысловой структуры слова). Примером этого может служить следующий подбор: к слову «мужество» – холостяк.*

С преобладанием случайных, несущественных ассоциаций, с актуализацией «слабых» признаков предметов и явлений связаны наблюдающиеся у больных шизофренией явления *бесплодного мудрствования* (резонерства).

Структуру резонерства составляют:

– слабость суждений (выхолощенность ассоциаций, потеря целенаправленности, соскальзывание);

– аффективные изменения, проявляющиеся в неадекватности выбора предмета обсуждения, в претенциозно-оценочной позиции больного и склонности к большим обобщениям по поводу относительно незначительных объектов суждения;

– многоречивость (следствие неадекватной позиции больного к ситуации);

– многозначительность и своеобразный неуместный пафос высказываний.

Особенно легко выявляется резонерство методикой **определения понятий**. Вот примеры такого рода резонерских формулировок:

«Пальто – предмет элегантности, которая подчеркивает вкус носящего. Кроме того, иногда пальто защищает от холода и атмосферных влияний».

«Дружба – это ассоциация нескольких взаимно одинаково развитых людей. В противном случае они, если дружащие находятся в неодинаковой стадии развития своего интеллекта, не будут друг друга понимать, и дружба превратится в недружелюбие».

Представляет интерес **понимание** больными шизофренией **переносного смысла пословиц.** При уже выраженном шизофреническом дефекте *скрытый смысл пословиц оказывается для больных недоступным.* Пословица трактуется формально:

«Один в поле не воин. – Одному в поле скучно». «Яблоко от яблони недалеко падает. – Яблоко, как и все в природе, подчиняется закону Ньютона о всемирном притяжении». «Не все то золото, что блестит. – Золото является золотом среди металлических изделий, а уголь среди истопных. Нефть – тоже золото, только черное».

Однако, нередко больные, оперируя прежним жизненным опытом, дают правильное толкование пословиц. В этих случаях исследование следует дополнить методикой **«Соотнесение пословиц с фразами».** Наряду с правильными обнаруживаются ошибочные решения, часто по формально-лексическому сходству, например:

«Не все то золото, что блестит. – Художник сделал статуэтку с позолоченной головой».

Обычно соотношение пословиц и фраз позволяет выявить и разноплановость мышления (к одной и той же пословице больные относят несколько фраз, каждый вариант решения они считают правильным). Их ошибочное мнение не поддается коррекции.

Когда ошибочные суждения больных единичны, эпизодичны, говорят о ***соскальзываниях.*** Б.В. Зейгарник (1962) относит соскальзывания к нарушениям логического хода мышления:

Правильно решая какое-либо задание или адекватно рассуждая о каком-либо предмете, больные неожиданно сбиваются с правильного хода мыслей по ложной ассоциации, а затем вновь способны продолжать рассуждение последовательно, не исправляя допущенной ошибки. Они легче обнаруживаются в методиках, содержащих множество примерно одинаковых по трудности заданий (классификация, исключение, образование аналогий и т.д.).

Например, правильно выполняя задания по методике «Исключение», больной внезапно в одном из примеров объединяет катушку, трубку и наперсток и исключает ножницы, поясняя свой выбор («по продолговатости, по вытянутости трубки»). Последующие более трудные задания он выполняет правильно.

Для обозначения психологической природы мышления больных шизофренией широкое распространение приобрело понятие «overinclusion» (*сверхобобщение, сверхвключение*), которое характеризуется как невозможность для больного удержаться в определенных заданных смысловых границах, как результат расширений условий мыслительной задачи.

Для диагностики шизофрении важно исследование эмоций пациента. Это не всегда просто, особенно при слабо выраженном эмоциональном уплощении.

В ходе экспериментально-психологического исследования учитывается характер контакта с обследуемым, его отношение к ситуации исследования, интерес к оценке исследующим его решения. Для больных шизофренией характерно *безразличие к патопсихологическому исследованию*, замечание исследующего о неправильности избранного пути решения заданий не влияет на дальнейшую деятельность больного.

В диагностике шизофрении большое значение придается изучению отношения больного к болезни. В этом помогает **исследование самооценки по методике Т. Дембо и С.Я. Рубинштейн.** Для больных характерно определение своего места по шкале здоровья у ее полюсов. Они считают себя здоровыми психически и физически.

Их пояснения: Больной С.: «Я совершенно здоров, – говорит больной Я., а в больнице я нахожусь из-за мамы. Вот ее и спрашивайте о ее здоровье. Очевидно, она-то и больна».

В самооценке могут проявляться *нелогичность, бредовые идеи, соскальзывания:*

Больной О. мотивирует свое решение при исследовании самооценки следующим образом: «Я здоров. В свое время состояние моего здоровья определяла флотская комиссия. Я был значкистом ГТО. Так что в отношении духовно-физического состояния здоровья я не считаю себя больным. Правда, у меня легкие поражены туберкулезом и сгнили, но это условно. Здоровье человека – эта его история».

Л.С. Выготский писал: «За мыслью стоит аффективная и волевая тенденция». В определенной степени об аффективно-личностных нарушениях больных шизофренией можно судить по результатам методик с элементами проективности (**словесный эксперимент, пиктограммы**). Как правило, набор слов-раздражителей для этого должен включать слова, насыщенные эмоциональным содержанием (печаль, счастье, страх, любовь и т.д.). В методиках определяется эмоциональное снижение больных. Избираемые больными для опосредованного запоминания образы оказываются *лишенными эмоционального содержания*, а их связь со словом-раздражителем мотивируется больными порезонерски, с учетом не столько существенных, сколько «слабых» признаков.

Примером этого могут служить следующие пиктограммы: к слову «печаль» – развернутая книга *(пояснения: «В книге Рокуэлла Кента есть печаль, сомнения, мировая скорбь»),* к слову «героический поступок» – стрела *(«Я думаю о войнах древности»),* к слову «счастье» – две параллельные вертикальные линии *(«Счастье может быть полным только вдвоем»),* к слову «дружба» – папиросы *(«Есть такие папиросы – Дружба»).*

У данной категории больных по **методу Роршаха** отмечается своеобразно обобщающий подход к интерпретации слабоструктурированного материала, например, чернильных пятен. Наблюдается значительное уменьшение количества «стандартных» и увеличение «неадекватных» форм, тенденция к «необычному» обобщению. Проявление эмоциональной тупости отражает отсутствие каких-либо *цветовых интерпретаций*. Нередки следующие интерпретации: абсурдные («*похоже на чужую собственность»,* с неологизмами, с отнесением к себе («*это человек, у него почки на месте, где у меня желудок»,* «растительного» содержания *(«цветок, который я выращиваю»).*

Метод Вартегга у больных шизофренией обнаруживает *недостаточно аффективно-адекватное отношение к ситуации исследования.* Они нередко принимались рисовать, не дослушав инструкцию, либо игнорировали ее вовсе. Отмечались *диспропорциональность отдельных деталей* рисунка, *стереотипии, плоские,* совершенно лишенные объемности, *неоконченные* изображения со снижением частоты появления «стандартных» признаков.

У некоторых больных рисунки никак не соотносились со знаком-образцом. Интерпретация рисунков носила формально-резонерский характер.

Например, больной К. почти без связи с заданными знаками рисует неправильный четырехугольник. Этот рисунок он называет «Пища богов».

Помогает выявлять личностно-аффективные особенности больных шизофренией и **предъявление картинок, отличающихся сюжетной незавершенностью и большой эмоциональной насыщенностью.** С этой целью могут быть использованы *репродукции картин, специально подобранные фотографии, некоторые рисунки из набора ТАТ.* Типичные ответы больных: *ограничиваются перечислением элементов рисунка; дают формально-абстрактную его характеристику, нередко оторванную от конкретного содержания; не имеют субъективного отношения к содержанию рисунка, стремления интерпретировать его содержание; не выделяют эмоциональный подтекст изображения.*

В качестве примера приводим описание картины художника Маковского «Объяснение»:

Больной Н.: «Молодой человек пришел к девушке. Очевидно, какая-то сцена. По всей видимости, семейная драма или интрижка».

Больной П.: «Молодая чета в музее».

В рассказах некоторых больных шизофренией отмечается общая *стереотипная установка* при описании разных картинок, например, они могут анализировать рисунки только с точки зрения активности или пассивности изображенных на них персонажей.

Интересен своими проявлениями факт протекания у больных шизофрении с алкоголизмом. При этом «содружестве» шизофрения протекает не типично: меньше выражен личностный ущерб и относительно сохранена эмоциональная сфера. Например, типичные шизофренические признаки – аутизм и эмоциональная тупость выражены слабо, в то же время нередки проявления синтонности и относительной сохранности практической приспособляемости.

Эмоциональное снижение у больных шизофренией обнаруживается и при **предъявлении** им **юмористических рисунков**. Чувство юмора является одной из наиболее сложных, обобщенных форм эмоциональных проявлений, выявляющих личностные свойства человека, его отношение к ситуации. *Нарушения чувства юмора* у больных шизофренией связываются со своеобразным расщеплением интеллекта и эмоций. Характерно, что у больных длительное время более сохранным оказывается восприятие явно юмористической продукции, например *карикатур.* В описаниях юмористических рисунков нередко выявляются формально-оценочный подход, резонерство, комментирующий характер суждений и разноплановость мышления. Для примера можно привести характерное описание больным шизофренией серии юмористических рисунков Бидструпа, в которой изображается уснувший под деревом и хохочущий во сне человек, а впоследствии выясняется, что причиной этого была корова, лизавшая его пятки и щекотавшая его:

Больной Н.: «Ха-ха-ха! Корова лижет самодовольному мужчине пятку. Какой-то неизвестный мужчина подошел к дереву, разделся, повесил свои вещи на дерево и лег отдыхать. Раззявил рот и приятно зевает. А затем он задремал. Улыбается, а вот уже с сарказмом, иронично. Глупо улыбается. Зубоскалит. Приходят в состояние блаженства и ему корова лижет пятку. Это ирония над образом жизни бездельников».

Больной С.: «Какой-то не знакомый мне человек решил отдохнуть. Вот и лег он под деревом, на лоне природы. Ему приснился смешной сон, разные комичные вещи, очевидно, он видел. Вот и смеялся поэтому. Вдруг он почувствовал, что что-то мешает ему спать. Проснулся и видит, что это корова подошла. Подошла и лижет пятку. Это его и разбудило. Хочешь отдохнуть и выспаться - посмотри сначала, где ты лег отдыхать».

Изменение личностной позиции у больных шизофренией обнаруживается и при **исследовании уровня притязаний** – деятельность их характеризуется безразличным отношением к результатам, к положительной или отрицательной оценке исследующим выполнения задания. В выборе больными последующих заданий мало отражаются результаты предыдущего этапа.

Ценные данные для характеристики личностных особенностей больных шизофренией дает методика MMPI. Профиль личности при параноидной шизофрении характеризуется повышением показателей по **шкалам 8, 6 и 4** – шкалы шизофрении, паранойи, психопатии.

ПСИХОТЕРАПИЯ, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Психотерапия больных шизофренией. До появления антипсихотических средств психотерапия была бесполезна для больных шизофренией. Уменьшая нарушения мышления и восприятия, антипсихотические препараты позволяют пациентам разобраться в своем заболевании, активно участвовать в терапии, создавать более ясную Я-концепцию и картину своих взаимоотноше-

ний с окружающими, а также изменить свое поведение. Наиболее полезны в случаях шизофрении *терапия, направленная на получение инсайта*, и два социокультурных метода психотерапии – *семейная и социотерапия.* Возможны их сочетания.

До 40,0% больных шизофренией живут с родителями, сестрами, братьями, супругами или детьми. Такие ситуации создают особые затруднения. Если родственники больного демонстрируют высокий уровень критики, назойливости и враждебности, у него чаще возникают рецидивы шизофрении. И наоборот, в обстановке семейной поддержки, больные чувствуют себя значительно лучше. Психотерапевт работает как с семьей, так и с больным. Семейная психотерапия предоставляет членам семьи пациента советы, тренинги, психологические сведения о заболевании и эмоциональную поддержку. Она вносит реализм в их ожидания, вырабатывает готовность к новым формам общения с больным. Пациент учится справляться с трудностями семейной жизни, принимать поддержку и избегать тяжелых взаимоотношений.

Социотерапия основана на мысли, что для лечения шизофрении необходимо использовать методики, целью которых является помочь больному решить затруднения в социальной и личной жизни. Социотерапевты предлагают практические советы, пытаются улучшить решение проблем человеком, его принятие решений и социальные навыки. Они помогают с трудоустройством, деньгами, проживанием. Это помогает людям остаться вне больницы.

Под общественным подходом понимают выписывание психически больных из больниц, чтобы те получали лечение в обществе. Цель его – сделать доступными для больных службы психического здоровья. Больные должны находиться не вдали от дома, а в своем привычном кругу (**деинституализация** – выход из госучреждений, в том числе психбольниц, в общество).

Психологическая и социальная реабилитация больных шизофренией.

Значительный вклад в развитие методических принципов реабилитации психически больных внес **М.М. Кабанов**, отведя ведущую роль личности в оптимизации реабилитационного процесса вне зависимости от характера заболевания. В его книге **«Реабилитация психически больных»**, изданной в 1985 г., четко указывается на связь нарушений психики с внешней средой и роли личности в их преодолении. М.М. Кабанов утверждал, что «столбовая дорога реабилитации психически больных идет через личность пациента».

Сегодня уже имеется более 60 определений термина «реабилитация», но принятое большинством современное понятие включает *«систему мероприятий, направленных на выздоровление, компенсацию и восстановление нарушенных в результате болезни функций, на предупреждение осложнений, хронического течения и рецидивов заболевания, на приспособление больного и инвалида к самообслуживанию и трудовой деятельности в новых условиях, возникших вследствие болезни».*

Психологическая и социальная реабилитация больных шизофренией подразумевает нормализацию (восстановление) психологического состояния пациентов, обучение эффективным способам коммуникации на фоне имеющихся, обусловленных заболеванием, особенностей психической деятельности, а в конечном счете – возвращение в семью, профессиональную деятельность, общество полноправным и полезным членом.

Реабилитационные мероприятия важны для психически больных как ни при каких других заболеваниях. Сама суть психической патологии – это, прежде всего, нарушение адекватных взаимоотношений с обществом, утрата связи с реальностью. Восстановление больных шизофренией в *личном и социальном* статусе, профилактика общественно-опасных деяний с их стороны – важнейшая задача всех социальных служб. В этом вопросе велика роль трудотерапии. Для шизофрении на начальных этапах развития болезни характерен «раскол с обществом», а не «раскол личности». Это позволяет использовать больных этой категории на определенных видах труда, где они могут достаточно эффективно трудиться.

Требует более гуманного решения и вопрос «стигматизации» больных шизофренией в современном обществе (общественное порицание человека за наличие какихлибо особенностей). Следует объяснять людям, что больные гораздо менее опасны, чем лица с криминальным поведением.

Лекция № 12
ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (ПАВ)

Вопросы:

1. Виды психоактивных веществ. Классификация. Критерии зависимости от ПАВ.

2. Психологические теории зависимости от ПАВ.

3. Особенности патопсихологического исследования пациентов с зависимостью от ПАВ.

4. Психологические подходы к лечению пациентов, зависимых от ПАВ.

ВИДЫ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ. КЛАССИФИКАЦИЯ. КРИТЕРИИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАВ

История цивилизации насчитывает миллионы лет. С появлением человека возник вопрос о приемлемых для него продуктах питания и напитках. Каждое вещество на Земле, вероятно, когда-то и кем-то было испробовано. Так постепенно определялись вещества, важные для медицины и получения удовольствия. Например, от головной боли – аналгин, для бодрости – чашечка кофе, при простуде – антибиотики, для успокоения – сигарета, для расслабления – бокал вина. Многие из этих веществ могут нанести вред и повлиять на наше поведение или настроение. Злоупотребление отдельными веществами сегодня стало большой мировой проблемой.

Термин «лекарственное средство» (анг. drug) в английской транскрипции означает лекарство, медикамент, препарат, наркотик, психоактивное вещество. Это может быть любое вещество (не обязательно медикамент), не являющееся пищевым продуктом, которое оказывает воздействие на человеческий организм или на психику. Термин «психоактивное вещество» часто используется в настоящее время вместо понятия «лекарственное средство» потому, что многие люди не считают, что алкоголь, табак и кофеин также относятся к лекарственным средствам.

ПАВ влияет на нормальное функционирование головного мозга и организма в целом. Они могут вызывать *временные изменения* в поведении, эмоциональном состоянии или мышлении человека. ПАВ, такие, как ЛСД, могут вызывать интоксикацию, иногда называемую *галлюцинозом,* с характерными искажениями восприятия и галлюцинациями.

Использование ПАВ может создать *проблемы долговременного характера*. **Злоупотребление ПАВ** разрушает жизнь человека. Могут развиться поведенческие изменения, связанные с чрезмерным потреблением этих препаратов. Отсюда вытекает опасное поведение, приводящее к нарушению социальных отношений, нанесению вреда семье потребителя и ему самому. В дальнейшем может развиться **зависимость от ПАВ** – форма поведения, когда человек чрезмерно употребляет ПАВ с выработкой **толерантности** (психологической и физической потребности увеличивать дозу до желаемого эффекта) к данному веществу и появлению **абстиненции** (неприятных и опасных ощущений, возникающих при прекращении приема или уменьшении дозы: судороги, приступы страха, потоотделение, тошнота). Зависимость от ПАВ еще носит название **аддиктивного поведения**, а потребитель ПАВ – **аддикта**.

Выделяют следующие виды (группы) психоактивных веществ (ПАВ):

1. Депрессанты: алкоголь, седативно-снотворные лекарственные средства, опиаты.

2. Стимуляторы: кокаин, амфетамины.

3. Галлюциногены: канабис (конопля) и комбинации ПАВ.

В современной классификации психических и поведенческих расстройств МКБ-10 все состояния вследствие употребления ПАВ включены в одну главу F1. Приведем основные группы:

F10 – психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя
F11 – опиоидов
F12 – каннабиоидов
F13 – седативных и снотворных веществ
F14 – кокаина
F15 – других (помимо кокаина) психостимуляторов, включая кофеин
F16 – галлюциногенов
F17 – табака
F18 – летучих растворителей
F19 – сочетанного употребления наркотиков и других ПАВ

Депрессанты понижают активность ЦНС. К ним относятся алкоголь, седативно-снотворные препараты, опиаты. Депрессанты снимают состояние напряжения, внутренние сдерживающие факторы, нарушают мышление, двигательную активность и концентрацию.

Алкоголь. К нему относится любой напиток, содержащий этиловый спирт, включая пиво, вино и крепкие спиртные напитки. Говоря о коварстве алкоголя, Раймонд Чандлер в своем произведении «Долгое прощание» метко заметил: *«Спиртное – то же самое, что любовь. Первый поцелуй – волшебство, второй – близость, третий – привычка»*. Алкоголь связывается с рецепторами тех нейронов, которые воспринимают нейротрансмиттер *ГАМК* (g-аминомасляную кислоту). Сначала алкоголь действует угнетающе на те участки ГМ, которые отвечают за критичность и самоконтроль. Позже – на участки, угнетение которых

нарушает способность здраво рассуждать, четко говорить, сдерживать агрессию.

В середине XIV в. в Европе многие люди верили, что алкогольные напитки в больших количествах помогают против «черной смерти» – бубонной чумы, что порождало пьянство.

Дальнейшая стадия опьянения характеризуется расстройством движений и замедленностью реакций. Медленнее пьянеют крупные по весу люди, быстрее – женщины (у них в желудочном соке меньше содержится фермента этанолдегидрогеназы, расщепляющего алкоголь до всасывания в кровь). Степень опьянения определяется процентным содержанием алкоголя в крови человека:

– 0,06% от объема крови (приятное чувство расслабления и спокойствия);

– 0,09% – начинается интоксикация;

– 0,55% – возможен смертельный исход (обычно сознание отключается раньше того момента, как человек может выпить такое количество).

Время протрезвления и метаболизм превращения алкоголя в организме индивидуальны.

В России распространенность алкоголизма составляет 10 млн человек из 148 млн. населения (6,8%). В США употребляют ПАВ 11,3% населения, в том числе являются алкоголиками 8,0% населения. Соотношение зависимых от алкоголя мужчин и женщин составляет 5 : 1. Азиаты, живущие в США, менее подвержены алкоголизму, чем коренные американцы. Они быстро пьянеют от небольших доз (у них в организме недостаточно этанолдегидрогеназы), и это их предостерегает от чрезмерного пьянства.

Различают **три стадии зависимости от алкоголя**:

I – начальная стадия: характеризуется психической зависимостью от алкоголя, нарастанием толерантности к спиртному, появлением палимпсестов («провалов памяти»), проявляющихся в частичном забывании отдельных событий и своего поведения в состоянии опьянения. В этой стадии совершается переход от эпизодического пьянства к систематическому.

II – развернутая стадия: характеризуется неудержимым, компульсивным (формируется физическая потребность) влечением к алкоголю. Толерантность к спиртному достигает максимума. Формируется абстинентный синдром. Появляется и физическая зависимость от алкоголя. Отмечаются выраженные нарушения сна. Возможны алкогольные психозы.

III – конечная стадия: характеризуется снижением толерантности к алкоголю и преобладанием физической зависимости от него по сравнению с психической. Наибольшей выраженности достигают психические проявления абстинентного синдрома. Алкогольные психозы часты и обнаруживают тенденцию к затяжному течению.

Специфическая реакция организма в состоянии абстиненции может проявляться ***белой горячкой*** (delirium tremens). Развивается в течение 3-х дней воздержания от алкоголя. Характерны устрашающие зрительные галлюцинации, дезориентировка во времени и пространстве, с сохранением ориентировки в собственном «Я».

По вине алкоголизма в США происходит *1/3 суицидов, убийств, изнасилований, грабежей, смертей от несчастных случаев.* Кроме того, в семьях алкоголиков процветают ссоры, рукоприкладство, насилие, в том числе и сексуальное.

У детей возникает много психологических проблем, связанных с тревогой, депрессией, фобиями.

У зависимых от алкоголя серьезно страдает организм. Часто развивается цирроз печени (в ней образуются рубцы, нарушается функция «главной биохимической лаборатории организма»). Алкоголь ослабляет сердце и иммунную систему, что способствует возникновению инфекционных и раковых заболеваний. Развивается дефицит витамина В1, что приводит к Корсаковскому синдрому (спутанность сознания, ослабление памяти, неврологические расстройства).

Потребление алкоголя матерью во время беременности приводит к низкому весу при рождении, неправильному строению головы и лица, умственной отсталости ребенка. Это так называемый «внутриутробный алкогольный синдром». Возникает в 29 случаях на каждые 1000 рождений у пьющих, и в 3 случаях на 1000 рождений – среди непьющих матерей. Потребление алкоголя во время беременности, равно как и других ПАВ, повышает риск выкидыша, преждевременных родов и патологии развития.

Седативно-снотворные лекарственные средства. Вызывают расслабленность и сонливость. В низких дозах – успокаивающее действие, в высоких – снотворное. Они подразделяются на *барбитураты* и *бензодиазепины.*

Барбитураты. Были открыты в Германии более 100 лет назад. Используются для снятия чувства тревоги, способствуют процессу засыпания. Они, как и алкоголь, действуют на рецепторы, воспринимающие ГАМК. При приеме больших доз препаратов развивается остановка дыхания, «падает» давление, что приводит к коме. Опасность барбитуратов в том, что со временем развивается толерантность к ним, а летальная доза остается прежней.

Бензодиазепины. Разработаны в 50-е гг. прошлого века. Самая распространенная группа противотревожных лекарственных препаратов (ксанакс, валиум). Также действуют через рецепторы ГАМК. Снимая тревогу, они не вызывают вялости, угнетения дыхания, как другие седативно-снотворные средства.

Опиаты. Препараты, включающие опий и его производные (героин, морфин, кодеин). *Опий* – это сильнодействующее наркотическое вещество, выделяемое из сока семян опийного мака. В прошлом он широко применялся как обезболивающее средство.

В 1804 г. синтезирован **морфин**. В США во времена гражданской войны солдатам часто его кололи, вызывая зависимость. Морфинизм стали называть *«солдатской болезнью»*. В **1897 г.** синтезирован **героин.** Позже появился и их синтетический аналог – метадон. Кстати, в США использование героина *в любых целях* запрещено!

Наркотики курят, нюхают, вдыхают, вводят под кожу («маковая кожа») или внутривенно. После инъекции наркотика наступает прилив сил, возбуждение в виде волн тепла, экстазом, который иногда сравнивают с оргазмом. Ощущается легкий спазм, за которым наступает несколько часов блаженства, кайфа (в анг. варианте это high – высшее состояние наркотического опьянения или nod – коматозное состо-

яние после приема наркотика). В этом состоянии наркоман испытывает релаксацию и радость. Еда, секс в этот период для него не имеет значения.

Наркотики этой группы действуют на рецепторы, воспринимающие эндорфины. Они вызывают спокойствие и удовольствие, устраняют боли, снимают напряжение. Из побочных действий – тошнота, сужение зрачков («точечные зрачки»), запоры. Прием героина в течение нескольких недель уже вызывает зависимость. Он дорог. Для удовлетворения своей «дорогостоящей» зависимости героиновые наркоманы часто встают на криминальный путь, занимаются воровством и проституцией.

Стимуляторы. *Кокаин* – растительный алкалоид кокаинового куста, растущего в Южной Америке. Самый мощный стимулятор природного происхождения. Впервые выделен в 1865 г. Коренные жители с давних пор просто жуют листья этого растения. Наркоманы чаще вдыхают для всасывания через слизистую носа. В США 3,0% населения в какие-то периоды своей жизни страдали кокаиновой зависимостью. Интересно, что на заре своей карьеры З. Фрейд был ярым приверженцем использования кокаина в медицине.

После приема кокаина (на слэнге – «ангела», «хвастуна», «конфетки для носа», «пыли счастья», «понюшки», «снега») возникает эйфорический прилив бодрости и чувство самоуверенности. Эффект связан с увеличением дофамина в определенных участках ГМ. При интоксикации кокаином наблюдаются нарушения мышечной координации, напыщенность, ослабление здравого смысла, гнев, агрессия, импульсивность, страх и спутанность сознания. Возможны галлюцинации и бред. Когда симптомы, вызванные приемом кокаина исчезают, наркоман испытывает «ломку»: упадок сил, депрессию, головную боль, головокружение, обмороки. Для редко потребляющих кокаин, его действие перестает ощущаться через 24 часа.

При злоупотреблении кокаином формируется зависимость. Человек находится в состоянии постоянной интоксикации, нарушаются оперативная память и внимание (профессиональная опасность). Самая большая опасность кокаина – передозировка и остановка дыхания.

Крэк – препарат на основе кокаина, получаемый путем выпаривания его до кристаллических шариков и употребляемый для курения с помощью специальной крэк-трубки. 3,0% школьников в США пробовали крэк.

Амфетамины. Это стимуляторы, синтезированные в лабораторных условиях. Наиболее распространены декстро-, мет- и амфетамин. Впервые созданные в 30-е гг. XX ст., они с успехом применялись для сгонки веса у обычных людей, у спортсменов – для получения «сверхэнергии», у военных – для контроля над техникой и поддержания боеготовности, у студентов – во время экзаменов. Вводятся внутрь в капсулах и таблетках, можно внутривенно. В малых дозах бодрят, в больших – вызывают чувство напряжения, вплоть до психозов. Толерантность возникает очень легко. Бывает, что наркоманы вынуждены повышать первоначальную дозу амфетаминов в 200 раз. После прекращения

регулярного злоупотребления этими препаратами люди впадают в депрессию и сон. 1,5%-2,0% населения США когда-либо в своей жизни проявляли признаки зависимости от амфетаминов.

Галлюциногены, канабис (конопля) и комбинации ПАВ.

Галлюциногены вызывают бред и галлюцинации в сенсорном восприятии. Канабис, кроме этого, может вызывать депрессивное и стимулирующее воздействие.

Галлюциногены (ЛСД, МДМА или «экстази», мескалин, псилоцибин) настолько отрывают людей от обыденности, что галлюцинаторные переживания называют «трипы» *(от анг. путешествие, поездка)*. Их еще называют *психоделическими препаратами (делающие галлюцинации)*. Их добывают из растений и животных или создают в лабораториях.

Прием ЛСД в течение 2-х последующих часов вызывает обострение восприятия окружающего (внимание концентрируется на порах кожи, травинках и прочем). Цвета предметов могут меняться или приобретать пурпурные оттенки. Предметы могут передвигаться, говорить, менять форму. Человек может видеть объекты, которых нет. Огонь ему кажется «холодным» (многие под воздействием ЛСД, соприкасаясь с огнем, получают ожоги).

МДМА или «экстази» еще называют «клубный наркотик». В 1988 г. в США его употребляли 5,6% выпускников школ. Он чрезвычайно опасен ввиду разрушительного влияния на память, а также долгосрочных эффектов: тревоги, депрессии, флэшбеков («вспышек прошлого»).

Канабис (конопля) – растение, растущее в теплом климате по всему миру. Препараты (гашиш, марихуана) из группы конопли при курении оказывают смешанное галлюциногенное, успокаивающее и стимулирующее действие. В малых дозах от них чувство радости и спокойствия, в больших – интоксикацию: покраснение глаз, сердцебиение, головокружение, повышение давления, увеличение аппетита и сухость во рту. Опасность потребления марихуаны в том, что она вызывает панику, страх потерять рассудок, легочные заболевания (ослабевает способность легких выталкивать воздух) и онкозаболевания (от действия канцерогенных смол и бензопирена), нарушает репродуктивную функцию.

Полинаркомания – это прием «зависимыми» людьми нескольких ПАВ одновременно. Отмечается синергизм их действия (суммарный эффект гораздо больше, чем от каждого ПАВ в отдельности). Например, прием алкоголя в сочетании с барбитуратами создает опасность для человека заснуть и не проснуться. Элвис Пресли умер от злоупотребления стимуляторами и депрессантами.

К критериям зависимости от ПАВ по классификации DSM-IV относятся:

1. Дезадаптивный паттерн употребления ПАВ, приводящий к выраженному дистрессу или ухудшению.

2. Три и более из ниже следующих симптомов:
– толерантность;
– синдром отмены;
– ПАВ употребляются чаще и в больших дозах, чем хотелось бы;
– постоянное желание или безуспешные попытки контролировать употребление ПАВ;
– употребление ПАВ за важным делом;
– употребление ПАВ, продолжающееся, несмотря на возникающие или возрастающие в этой связи проблемы в личной и социальной жизни.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕОРИИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАВ

Причины возникновения зависимости от ПАВ клинические теоретики рассматривают с разных точек зрения: *биологической, психологической и социокультурной.*

Биологическая теория. Существует генетическая и биологическая предрасположенность к злоупотреблению ПАВ.

Генетические факторы. В ряде опытов ученые выявляли животных, склонных к потреблению алкоголя, и спаривали их друг с другом. Полученное потомство проявляло ту же привязанность к спиртному.

Изучение близнецовых пар показало, что коэффициент соответствия злоупотребляющих алкоголем в группе однояйцевых близнецов составил 54,0%. Это значит, что в 54 случаях из 100, если один близнец злоупотреблял алкоголем, другой – тоже злоупотреблял им. У разнояйцевых близнецов коэффициент соответствия составил только 28,0%.

В пользу генетической предрасположенности свидетельствует изучение процента алкоголиков среди людей, усыновленных сразу после рождения. Проводили сравнение усыновленных, чьи биологические родители были зависимыми от алкоголя, с усыновленными, чьи биологические родители таковыми не являлись. Во взрослом состоянии алкоголизм в группе обследованных, чьи родители злоупотребляли спиртным, был значительно выше.

Исследования в области молекулярной биологии установили наличие генного дефекта (аномальную форму дофамин-2 (D2) рецепторного гена) у большинства лиц с алкогольной зависимостью и у 50,0% зависимых от кокаина.

Биохимические факторы. Прием ПАВ практикуется обычно успокоения, снятия боли, поднятия настроения, усиления бдительности. Сначала они усиливают активность некоторых трансмиттеров, потом организм приспосабливается и выработка собственных трансмиттеров у него уменьшается. Увеличение дозы ПАВ еще больше снижает работу «собственной фабрики». Появляется потребность в увеличении доз. При внезапном прекращении поступления ПАВ организм не сразу реагирует выработкой нужного количества собственных трансмиттеров. Развивается абстиненция. Здесь есть определенная специфика:

прием алкоголя и бензодиазепинов снижают уровень *ГАМК* (гаммааминомасляной кислоты), опиоидов – выработку *эндорфинов*, кокаина и амфетаминов – выброс *дофамина,* марихуаны – выработку *анандамина.*

ПАВ активируют *«центр удовольствия»* головного мозга. Ключевой нейротрансмиттер в нем – дофамин. Когда он активирован, человек испытывает удовольствие. Кстати, так же действует и музыка, крепкое объятие и похвала. Ряд авторов считают, что некоторые люди испытывают *синдром дефицита удовольствия* (центры удовольствия не получают необходимой активации в процессе повседневной жизни), что вынуждает их обращаться к ПАВ.

Психодинамическая теория. С ее точки зрения, люди, злоупотребляющие ПАВ и зависимые от них, имеют сильную потребность в такой *зависимости,* следы которой прослеживаются в детстве. Когда родители не удовлетворяют потребности малыша в заботе и внимании, ребенок вырастает излишне зависимым от других людей. Он ищет у них заботу и внимание, недополученные в раннем детском возрасте. Если этот поиск внешних источников поддержки включает экспериментирование с ПАВ, человек может выработать зависимость по отношению к ним.

Некоторые сторонники этой теории указывают, что у ребенка в ответ на лишения в детстве могут формироваться характерологические черты, отличающие лиц, злоупотребляющих ПАВ: склонность к несамостоятельности, импульсивности, необщительности, депрессии, поиск новизны в жизни). При изучении черт характера группы молодых непьющих людей в юности и сравнение данных спустя длительное время в зрелые годы установлено, что пьющие мужчины имеют *импульсивность* характера, как в юности, так и в зрелом возрасте. В эксперименте «импульсивные» крысы, испытывающие беспокойство по поводу задержки кормления, выпивали больше алкоголя, чем остальные.

Бихевиористская теория. Это теория *подкрепления* (навыка, условного рефлекса). Потребление ПАВ обладает временным подкрепляющим эффектом в случаях состояния напряжения, отсутствия хорошего настроения. Потребляющие ПАВ будут стремиться потреблять их снова и снова. Исследования показали, что многие употребляют алкоголь или героин, когда испытывают внутреннее напряжение.

Проводили эксперимент: две группы выполняли сложное тестовое задание. Участников одной из групп в это время критиковали и унижали. Затем с этими же группами выполняли другое задание – дегустацию спиртных напитков. Задачей было, якобы определить тип напитка, выбрать лучший и т.д. Участники группы, которая подверглась «психологическому прессингу», выпивали гораздо больше членов другой группы.

Считается, что многие люди принимают ПАВ, чтобы «вылечить» себя. Следует ожидать, что у лиц с *тревогой, депрессией, раздражительностью* число зависимых от ПАВ должно быть существенным. Это подтверждается данными научных исследований:

Изучение 865 пациентов с депрессией показало, что $^{1}/_{4}$ *часть из них злоупотребляла ПАВ. То же самое касается больных с посттравматическими расстройствами,*

нарушениями пищеварения, шизофренией, личностными изменениями с нарушениями коммуникации.

Другие теоретики этой точки зрения считают, что *классическое формирование условных рефлексов* может играть роль в возникновении зависимости от ПАВ. Объект, символизирующий прием ПАВ, может действовать как классический условный стимул и доставлять то же удовольствие, которое доставляет сам препарат.

Известно, что только один вид иглы для иньекций или знакомого поставщика наркозелья могут успокоить человека, злоупотребляющего героином, амфетамином, ослабить признаки абстиненции.

Социокультурная теория. У людей, живущих в социально-экономических условиях, велика вероятность злоупотребления ПАВ и зависимости от них. Действительно, в регионах, где выше уровень безработицы, наблюдается более высокий процент людей, страдающих алкоголизмом. Аналогично, среди низших слоев общества выше процент людей, злоупотребляющих ПАВ, по сравнению с другими общественными слоями. Кроме того, в семьях, где одобряется потребление ПАВ, это явление более распространено. Пьянство среди подростков выше в семьях, где пьют родители и ощущается нехватка материальных средств.

Меньше других пьют евреи и протестанты, для которых выпивка допустима только в случае, когда она количественно ограничена. Ирландцы и восточноевропейцы страдают алкогольной зависимостью в большей степени, так как в выпивке не имеют склонности к самоограничению.

Вместе с тем, с этой точки зрения неясно, почему у некоторых людей, имеющих неблагоприятные социальные условия, не развивается зависимости от ПАВ?

ОСОБЕННОСТИ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПАВ

Патопсихологическую характеристику больных с зависимостью от ПАВ рассмотрим на примере зависимости от алкоголя. Алкоголизм, являясь экзогенным психическим заболеванием (токсикоманией), имеет постоянное или рецидивирующее течение и приводит к формированию **прогрессирующего органического психосиндрома** и **алкогольной деградации личности**. Разделение органического психосиндрома и личностного ущерба при алкоголизме условно. Эти два психопатологических синдрома тесно переплетены, их проявления опосредованно отражают роль как биологических, так и социальных факторов. Причем, понятие алкогольной деградации относится не только к заключительной стадии алкоголизма. Ее первые проявления наблюдаются уже в начале заболевания, а со временем они приобретают все более прогрессирующий и необратимый характер.

Патопсихологические изменения у больных с зависимостью от алкоголя проявляются больше всего в сферах внимания, памяти, изменении мотивационной сферы, работоспособности, а также в личностных изменениях (особенностях понимания юмора и других).

Уже в I стадии алкоголизма у больных обнаруживается ослабление памяти. Вначале более явным оказывается *снижение удержания в памяти*, а затем и *запоминания*. Ассоциативная память страдает уже при наличии алкогольного слабоумия. Причем, при данном заболевании недостаточность механического запоминания (несмысловых звукосочетаний) опережает ослабление логически-смысловой памяти.

Нарушения памяти определяются *недостаточностью внимания*, его *сосредоточения* и особенно *устойчивости*. Характер нарушения внимания во многом определяется преобладанием у пациентов функциональных или органически-деструктивных компонентов поражения ГМ. **Методика «10 слов»** отражает характерные изменения кривой запоминания: в I и II стадиях болезни она *зигзагообразная*, на фоне удовлетворительных достижений памяти отмечаются ее спады; в III стадии – кривая запоминания носит инертный характер и отличается крайне невысоким уровнем достижений. Такая динамика расстройств памяти отражает формирование органического психосиндрома. То же отмечалась и при исследовании интеллектуальной работоспособности **по методике Крепелина**: с прогрессированием алкогольной зависимости снижалась продуктивность выполнения больными задания, кривая уровня достижений носила все более торпидный характер.

Повышение показателей памяти, внимания, работоспособности, происходящее в связи с проведенным курсом лечения от алкоголизма, отражает общее улучшение психической деятельности, зависящее от уменьшения выраженности функциональных компонентов недостаточности познавательной деятельности в начальной стадии заболевания. Улучшение этих психических функций также связано с изменением отношения больного к ситуации исследования, повышением его активности и стремлением показать лучшие результаты.

Для характеристики психического дефекта при алкоголизме важную роль играет определение *степени выраженности и типа личностных изменений*. Информативны в этом плане, кроме наблюдения за больными в ситуации исследования, **личностный опросник Айзенка,** исследование самооценки **по Дембо-Рубинштейн,** мотивационной сферы, понимания юмора с помощью **ТАТ,** изучение **уровня притязаний** и личностных свойств с помощью **методики MMPI.**

По патопсихологическим особенностям лиц, зависимых от алкоголя можно выделить 4 основных типа их личности:

I – *интровертированно-нейротический* (неврозоподобный) тип: значительное увеличение показателя по шкале нейротизма, выраженная интровертированность, ситуационно-депрессивная самооценка со склонностью к самообвинению, нестойкость, хрупкость уровня притязаний. Отмечается некоторая

сохранность критичности к своему состоянию с пессимистическими установками на будущее вне состояний опьянения.

II – *экстравертированно-нейротический* (психопатоподобный) тип характеризуется выраженной экстравертированностью, высоким показателем нейротизма, частыми неадекватными, аномальными, поведенческими реакциями личности на житейские ситуации. Отмечается повышенная раздражительность с «хрупкостью» уровня притязаний. При исследовании самооценки по Дембо-Рубинштейн *отсутствуют мотивы самообвинения*, самооценка сводится *к отысканию и порицанию фрустрирующих факторов вне больного.* Характерно употребление разных «клише»: «все пьют» и «я не такой уж пьяница». Этот тип психопатоподобного поведения чаще всего выглядит как **астенический, истерический, эксплозивный и апатический** синдромы.

Важно отметить, что *экстравертированность* больного алкоголизмом необычна, она не только чрезмерна, но и изменена *качественно.* Она патологична и сопровождается *изменениями системы потребностей и мотивов*.

При использовании методики **MMPI** неврозоподобный вариант в профиле личности проявляется преобладанием подъема по шкалам «невротической триады» (I, II, III шкалы) и тревоги (VII шкала), при психопатоподобном – по шкалам психопатии (IV шкала) и депрессии (IX шкала).

III – *экстравертированно-анозогнозический тип*: экстраверсия уже малосодержательна, побудительным стимулом для больных оказываются несущественные факторы окружающего мира. Отрицание болезни выходит на первый план. Характерно беспечное отношение к своему настоящему и будущему. Самооценка становится грубо неадекватной. Психологическая защита выражается в безоговорочном самооправдании, а попытки окружающих усомниться в здоровье больного представляются ему неправомерными:

Больной Ш., нанесший в состоянии опьянения жене ножевые ранения: «Непьющих я не встречал», «Были ссоры дома, у кого не бывает, но вообще и на работе, и дома все нормально» «Я совсем рядом с самыми благополучными», «Когда выпью, спать ложусь, ни с кем не ругаюсь».

В механизмах психологической защиты больных выделяют две стороны: **«внутренняя»** (связана со снижением *критичности, эмоциональности, воли*) и **«внешняя»** (определяется влиянием компании алкоголиков, с принятыми в ней «оценочными стереотипами».

Для алкоголиков типичны изменения *мотивационной сферы.* Алкоголь в глазах больного воспринимается не только как средство, удовлетворяющее его личные потребности, но и как средство, необходимое для удовлетворения потребностей всех людей. Его позиция относительно употребления спиртных напитков носит «наступательный» характер. Для больных алкоголизмом характерны нарушения иерархии мотивов и потребностей.

Больных с зависимостью от алкоголя отличает своеобразный *алкогольный юмор*: плоский, грубый, циничный. Он обнаруживается в целенаправленной

беседе с пациентами, при исследовании самооценки по Дембо-Рубинштейн, с помощью методики ТАТ.

Больной С. (II стадия алкоголизма) описывает картину ТАТ, на которой изображен профиль человека в оконном проеме, следующим образом: «Студент имел одну небольшую слабинку – любил выпить. Обычно он делал это не в общежитии. Единственным неудобством таких гулянок было то, что возвращаться надо было через окно, чтобы не попадаться сварливой вахтерше. Вот и сегодня студент не изменил своей привычке. Вдобавок ему еще и повезло – на этот раз окно было открыто. «Вот хорошо» – подумал студент. Залез на окно, кровать была рядом...».

Здесь обращает на себя внимание своеобразная *агрессивная позиция* рассказчика, его явное пренебрежение к лицам, мешающим пьянствовать.

В юморе алкоголиков, как и в приведенном примере, часто виден элемент *агрессивности, направленной против окружающих.* Он придает алкогольному юмору *мрачный характер.* Высмеиваются близкие, сослуживцы, друзья, нередко перед случайным слушателем беззастенчиво обнажаются интимные моменты семейной жизни больного. С углублением алкогольной деградации личности алкоголики испытывают все большие затруднения при необходимости понять смысл юмористического рисунка, шутку. Смешным в их глазах становится то, что не представляется смешным здоровому, и высмеивание этого «смешного» носит все более злой характер.

При исследовании алкогольного психического дефекта большое значение приобретает оценка *критичности* больного. Она всегда рассматривалась как вершинное образование личности и являлась показателем личностной сохранности больных. Различают три аспекта критичности: *к своим суждениям, действиям и высказываниям; к себе, к оценке своей личности; к своим психопатологическим переживаниям.* Характерные для алкоголизма изменения критичности проявляются в нарушениях критичности в мыслительной деятельности, что проявляется в проверке и исправлении результатов своей деятельности и при анализе самооценки. Самооценка больных затем сопоставляется с объективной оценкой родственниками больного. Расхождения в самооценке увеличивается по мере нарастания психического дефекта.

Установлено, что у алкоголиков самооценка нарушается раньше, чем наступают расстройства критичности. Таким образом, нарушения критичности – важный объективный критерий алкогольной деградации.

IV – *апатически-интровертированный тип*: грубая алкогольная деградация личности с апатией и «пустой» интровертированностью, утрата социальных контактов, уход от реальности, отсутствие интереса к происходящему.

Приведенная выше систематика типов личностных изменений при зависимости от алкоголя отражают картину алкогольной деградации в динамике, степени и характер психического дефекта. Эта динамика (от незначительных и обратимых нарушений памяти, отдельных корригируемых ошибочных суждений до грубых проявлений алкогольного слабоумия с нарушениями критичности) характеризует выраженность органически-деструктивных изменений ГМ.

Установление типа личностных изменений может быть использовано психологом для психотерапевтической и реабилитационной работы.

Патопсихологические исследования при *алкогольных психозах* проводятся редко. Для исследования алкогольного делирия может быть использован (как наиболее адекватный поставленной задаче) метод Роршаха. Прослежена четкая динамика особенностей восприятия на различных стадиях белой горячки.

В частности, на высоте психоза обнаруживались грубые расстройства восприятия – *оптико-гностические, цветоощущения, снижение аналитико-синтетических возможностей, хаотичность восприятия, элементы персеверации и конфабуляции.* В сфере личностных особенностей отмечался *сдвиг к интроверсии, импульсивная, неуправляемая аффективность.* Интерпретация изображений сводилась к *алкогольной тематике*, отмечался *угрожающий характер воспринимаемых* больным *образов*.

По выходе из «белой горячки» на фоне восстановления восприятия обнаруживались остаточные явления психоза (*затруднения цветоощущения, явления неадекватного аффективного синтеза*), отмечался сдвиг в сторону экстраверсии.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ПАВ

Существует множество методов лечения зависимости от ПАВ, но эффективность их на сегодняшний день невелика. Это биологические, психодинамические и социокультурные методы, поведенческая и когнитивно-поведенческая терапия.

Биологические методы лечения. *Детоксикация* – систематическое, проводимое под медицинским наблюдением, устранение токсического действия лекарственного средства, алкоголя или наркотика. Возможно амбулаторное и стационарное лечение. Чаще проводится в сочетании с индивидуальной или групповой психотерапией. Один из методов детоксикации основан на *постепенном уменьшении дозы* применяемого ПАВ. Организм постепенно освобождается от его токсического действия. Другой – на том, что пациенты принимают специальные препараты (*препараты-антогонисты*), ослабляющие их абстинентные признаки (пирроксан, диазепам).

Дисульфирам, он же антабус или тетурам вызывает сенсибилизацию (повышение чувствительности) организма к употреблению алкоголя. Его прием вызывает красноту и синюшность кожи, удушье, страх смерти, сердцебиение, обмороки. Если больной предупрежден об этом, он испытывает страх и перестает пить ввиду боязни этих ужасных реакций.

Наркотические антогонисты (налтрексон) применяются в лечении опиоидной зависимости. Отсутствие «кайфа» делает продолжение приема опия

бессмысленным. Они также используются в лечении алкогольной и кокаиновой зависимости.

Лекарственная поддерживающая терапия. Жизнь наркомана опасна для здоровья: передозировки, нестерильные иглы, заражение ВИЧ-инфекцией и парентеральными гепатитами. В 60-е гг. XX в. были разработана *программа поддерживающего лечения метадоном* – подход к лечению героиновой зависимости, в котором наркоман в качестве заменителя героина легально и под медицинским наблюдением принимает дозы метадона (опиоида, синтезированного в лабораторных условиях). Сегодня в США действует 900 клиник, снабжающих метадоном 115000 пациентов. «Минус» этой программы – формируется другая, но более слабая зависимость, от нее труднее освободиться чем от героиновой, может отрицательно влиять на плод. «Плюсы»: контроль зависимости медперсоналом, прием внутрь (нет опасности заразиться парентерально, более $^1/_4$ случаев заражения ВИЧ в начале 90-х гг. прошлого века связывают с внутривенным введением наркотиков), однократный прием в течение дня. Получили распространение в США, Канаде, Англии. Сегодня для целей этой программы используется заменитель метадона – *бупренорфин.*

Психодинамические методы лечения. Это попытки помочь больным начать осознавать и нейтрализовывать влияния психологического плана, лежащие в основе зависимости от ПАВ. Терапевты заставляют больных открыть и понять причины внутренних противоречий, а затем пытаются помочь им изменить их образ жизни, сложившийся под влиянием зависимости от ПАВ. Эффект незначителен. Возможно, зависимость от этих веществ, становясь самостоятельной и трудноразрешимой проблемой, уже не зависит от причин, ее породивших.

Поведенческие методы лечения. Широко применяется *аверсионный метод,* основанный на принципе классического формирования условных рефлексов. Человек неоднократно подвергается воздействию неприятных раздражителей (например, электротока) в тот момент, когда принимает ПАВ. После ряда воздействий у человека вырабатывается отрицательная реакция на само вещество и он перестает испытывать потребность в нем. Чаще этот метод применяется в лечении зависимости от алкоголя. Варианты аверсионного метода:

1. Употребление алкоголя у больного связывается с тошнотой и рвотой, обусловленной действием лекарственного вещества (рвотные смеси по Стрельчуку, сенсибилизация трихополом, никотиновой кислотой, чабрецом).
2. Больной с зависимостью от алкоголя представляет житейские сцены, когда пьет алкоголь, в крайне неприятном, отталкивающем и пугающем виде. Расчет на выработку у пациента отрицательной реакции на алкоголь.

В лечении кокаиновой зависимости применяется *учение управлять обстоятельствами.* В этом случае, если больной оказывается в состоянии представить свою мочу без следов наркотика, он получает награду или какие-то

преимущества. Продолжительность курса лечения – 6 месяцев. Эффект лечения лучше, если у пациентов имеется сильная мотивация на его реализацию.

Когнитивно-поведенческая терапия. Примером может быть **поведенческий тренинг обучения навыкам самоконтроля** – это когнитивно-поведенческий подход к лечению алкогольной зависимости, при котором человека обучают контролировать свое поведение в отношении алкоголя и применять методы, помогающие справляться с ситуациями, которые обычно способствуют неумеренному потреблению спиртного. Применяется в лечении алкоголизма. Терапевт сначала отслеживает поведение больного в пьяном состоянии. Когда пациент опишет время, место, эмоции, физические проявления своего пьянства, он начинает лучше осознавать те опасные стороны, в которых может напиться. Затем его обучают методам, которые позволяют справляться с такими ситуациями (контролировать норму выпитого при бытовом пьянстве, использовать релаксацию, убедительно отказывать собутыльникам и прочее). Эффект в виде улучшения состояния у 70,0% лечившихся.

Другой метод – обучение **навыкам предотвращения рецидивов**. В его основе те же подходы, что и предыдущего. Кроме того, он заранее обучает людей планировать свое поведение в рискованных для них ситуациях и свои ответные действия. Эффективен в лечении зависимости от алкоголя, марихуаны и кокаина.

Социокультурные методы лечения. Проблема зависимостей от ПАВ возникает в определенном социальном окружении. В коррекции их важны социальные взаимосвязи. Применяется 3 социокультурных подхода:

1. Программы взаимопомощи (люди, имеющие зависимость от ПАВ, помогают друг другу).

2. Программы, учитывающие факторы культурного развития и гендерные (половые) факторы.

3. Общественные профилактические программы.

(1) – Люди самоорганизуются для взаимопомощи с целью вылечиться без участия врачей.

Это движение берет свое начало с 1935 г., когда два человека из штата Огайо, страдающих алкоголизмом, собрались для обсуждения альтернативного лечения. Собрались раз, собрались два... Образовалась группа самопомощи лиц, страдающих алкоголизмом, с названием «Анонимные алкоголики». Эта организация в свои ряды принимает всех желающих, не взирая на ранги, звания, положение в обществе. Основная форма работы – общие собрания.

Позиция анонимных алкоголиков: **«Однажды алкоголик – всегда алкоголик!».** По аналогии созданы группы «Анонимные наркоманы» и «Анонимные кокаиновые наркоманы». Многие программы самопомощи *превратились*

в Центры лечения и проживания (терапевтические общины). В них люди, ранее зависящие от ПАВ, живут, работают, общаются в свободном от наркотиков и алкоголя пространстве. Их цель – возврат к нормальной жизни в обществе. – Многие зависимые от ПАВ живут в бедности, сталкиваясь с насилием и жестокостью. Программы этого типа стремятся учитывать факторы социального и культурного развития этих людей. Помощь в организации быта, защите от повседневных стрессов – это реальная профилактика пьянства и наркомании.

Кроме того, терапевты пришли к выводу, что женщины с этой болезнью нуждаются в иных методах лечения зависимости от ПАВ, чем мужчины: разная реакция на ПАВ, оскорбления сексуального характера, стрессы, связанные с воспитанием детей и боязнь уголовной ответственности за употребление ПАВ. Кроме того, у женщин в организме меньше алкогольдегидрогеназы, чем у мужчин. Это делает их более подверженными алкогольной интоксикации. Женщины отдают предпочтение тем программам, где предусмотрены лечебные учреждения с учетом женских проблем, с возможностью проживания с детьми и т.д.

(2) – Самое действенное средство в борьбе с зависимостью от ПАВ – это профилактика: в школе, на работе, в специальных центрах, в СМИ. Профилактические программы – это альтернативы потреблению ПАВ. Они могут быть рассчитаны на одного человека, на семью, на людей одного социального круга, на школу или на общество в целом. В США разрабатываются даже специальные программы профилактики для детей дошкольного возраста.

В лечении зависимости от ПАВ крайне важен комплексный подход, с учетом особенностей каждой модели возникновения болезни. Это самый продуктивный подход. Старая истина гласит: «Ничто не дается даром». За удовольствие от потребления ПАВ человек платит очень высокую цену, иногда равную его жизни и жизни его близких.

Лекция № 13
НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Вопросы:

1. Психологические проблемы аномального онтогенеза. Периодизация возрастных кризисов.

2. Классификация нарушений психического развития.

3. Умственная отсталость и ранний детский аутизм. Патопсихологическая характеристика.

4. Диагностика нарушений психического развития и организация психологической помощи.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ АНОМАЛЬНОГО ОНТОГЕНЕЗА. ПЕРИОДИЗАЦИЯ ВОЗРАСТНЫХ КРИЗИСОВ

Онтогенез – это плавное изменение организма, происходящее этапами в форме количественных и качественных сдвигов. Данное понятие имеет прямое отношение ко всей жизни человека.

Что влияет на психическое развитие? Имеют значение следующие факторы:

- *наследственность;*
- *семейная среда и воспитание;*
- *внешняя среда с многообразием ее социальных и биологических воздействий.*

Дизонтогенез – это нарушение развития на каком-либо этапе онтогенеза. Термин *«дизонтогенез»* в **1927 г.** ввел **Й. Швальбе.** Первоначальное значение термина – болезненные нарушения внутриутробного зарождения структур организма, отличающие его от нормального темпа развития. Данной проблемой в отечественной психологии занимались Г.Е. Сухарева, Г.К. Ушаков, В.В. Ковалев, А.Е. Личко.

Выделяют *биологические* и *социальные* составляющие аномального развития человека.

Биологические факторы дизонтогенеза:

1) генетические факторы (наследственные болезни, хромосомные аберрации, генные мутации, эндогенные заболевания и т.д.);

2) внутриутробные нарушения (токсикозы, инфекции, интоксикации);

3) патология родов;

4) ранние заболевания с поражением центральной нервной системы (прогрессирующие гидроцефалии, опухоли ГМ, энцефалиты).

Социальные факторы дизонтогенеза:

1) различные виды эмоциональной и социальной депривации;

2) различные социальные психологические стрессы.

Проблемой влияния биологических и социальных факторов на онтогенез занимается **возрастная клиническая психология**. Ее область – психические процессы и состояния, возрастные кризы, психосоматические взаимовлияния на различных этапах развития.

Человек представляет собой единство «биологической» и «социальной» составляющих, он – биосоциальное существо. Для формирования индивидуально-психологических качеств обе они крайне важны. Роль «биологической части» в том, что без соответствующего «материального обеспечения» (наличия высокоразвитой нервной системы, мозга, проводящих путей различных видов чувствительности) невозможно путем воспитания, обучения «очеловечить» индивида. Это не удается сделать и без «социализации» человека *(если индивид, обладающий от рождения нормальным мозгом, в детстве попадает в логово животных – его социальные задатки не развиваются, например, «дети-маугли»).*

Развитие психической деятельности – это не простой количественный переход в функционировании головного мозга от одного состояния к другому в связи с возрастом, это и определенные качественные скачки психического развития. Движущими силами развития психики являются новые потребности человека, которые уже не удовлетворяются старыми условиями.

На каждом возрастном этапе жизни, начиная с детства, между ребенком и микросоциальной средой складываются исключительные и неповторимые отношения. Они и есть ***суть социальной ситуации развития ребенка.*** Становление психики ребенка возможно только при вовлечении в мир социальных взаимоотношений. Очевидно, что для собственного же самосохранения обществу необходимо передавать накопленный опыт предыдущих поколений. Это реализуется в ходе обучения. Оно, по мнению **Л.С. Выготского**, всегда должно идти впереди развития, создавая у ребенка *«ближайшую зону развития».* Это понятие означает разницу между тем, что ребенок может делать сам и что – с помощью взрослых. Развитие и обучение – единые процессы. Что же указывает на развитие психики индивида? Критериями развития психики являются *новообразования,* которые представляют собой психические и социальные изменения, впервые возникшие на данной возрастной ступени и определяющие сознание человека, его отношение к жизни.

Развитие психики связано с периодическим возникновением кризисных периодов в ходе человеческой жизни. *Возрастные психологические кризисы* – это скачкообразные изменения в психике человека (особые, непродолжительные по времени – до года, периоды онтогенеза, характеризующиеся резкими психологическими изменениями). Они имеют свои особенности:

- *размытость границ начала и конца;*
- *резкое обострение психологических изменений в середине возрастного периода;*
- *негативный разрушительный характер;*
- *трудности родителей в воспитании детей (по сравнению с периодами стабильного развития).*

Большинством психологов принята следующая периодизация возраста:

- период новорожденности – до 1 месяца;
- период младенчества – 1-2 месяца;
- период раннего детства – 1-4 года;
- дошкольный период – 4-7 лет;
- младший школьный – 7-12 лет;
- подростковый период – 12-16 лет;
- ранняя юность – 16-19 лет;
- поздняя юность – 19-21 год:
- молодость (ранняя зрелость) – 21-35 лет;
- зрелость – 35-60 лет;
- первая старость (пожилой возраст) – 60-75 лет;
- старость (преклонный возраст) – 75-90 лет;
- долгожительство – старше 90 лет.

В каждом возрастном периоде есть своя норма и аномалии, возможны ускорение и замедление развития, а также появление черт, свойственных другим возрастным периодам. Знание периодизации этих кризисов позволяет психологу более эффективно строить психокоррекционную работу с пациентом.

КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Существует несколько классификаций дизонтогенеза. **Г.Е. Сухарева** различает 3 его вида:

1) задержанное развитие;
2) поврежденное развитие;
3) искаженное развитие.

Применительно к психическому развитию **Г.К. Ушаков** и **В.В. Ковалев** выделили основные клинические типы дизонтогенеза:

- **ретардация** – *заторможенное* психическое развитие или устойчивое психическое недоразвитие;
- **асинхрония** – *дисгармоничное* психическое развитие.

Но наиболее распространенной считается следующая классификация нарушений психического развития:

1) *психическое недоразвитие;*
2) *задержанное психическое развитие;*
3) *поврежденное психическое развитие;*
4) *дефицитарное психическое развитие;*

5) *искаженное психическое развитие;*

6) *дисгармоническое психическое развитие.*

(1) Стандартный пример психического *недоразвития* – олигофрения. Постоянное понижение познавательной деятельности вследствие органического поражения ГМ. Выделяют 3 группы олигофрении: идиотия, имбецильность, дебильность.

(2) *Задержанное* психическое развитие (ЗПР) – это *отставание динамики развития психики*, а не необратимое недоразвитие. Для таких детей характерны следующие признаки:

- *недостаточность запаса знаний;*
- *ограниченность представлений;*
- *незрелость мышления;*
- *преобладание игровых интересов;*
- *эмоциональная незрелость.*

Психолог должен уметь отличить ЗПР от олигофрении и педагогической запущенности. У детей с ЗПР выявляются 2 основных синдрома:

1. *Нарушение регуляции психической деятельности с помощью произвольного внимания.*
2. *Недоразвитие познавательной деятельности.*

ЗПР отличается сравнительно благоприятной динамикой. Такие дети поддаются воспитанию и обучению. Большая часть их обучается в средней школе по специальным коррекционным программам. Обычно ЗПР диагностируют до подросткового возраста. Сделать это позже сложнее или невозможно.

(3) – Причина *поврежденного* психического развития – инфекции, интоксикации, травмы, наследственные заболевания ГМ. В определении этого нарушения важно учитывать 2 факта: 1) до повреждающего фактора ребенок должен был нормально развиваться; 2) есть хронологическая связь психического снижения после действия вредности. Примером может быть *органическая деменция.* Ее признаки проявляются в нарушении мышления: снижении обобщения, его критичности и целенаправленности, нарушении логического строя.

(4) – *Дефицитарное* психическое развитие характеризуется: 1) первичной недостаточностью отдельных систем (слуха, зрения, речи, опорного аппарата); 2) рядом соматических заболеваний (сердца, дыхания и других). Первичный дефект приводит к недоразвитию соответствующих функций. Это слепые и слабовидящие, глухие и слабослышащие дети, страдающие детским церебральным параличом (ДЦП).

Дефицитарность развития у слепых и слабовидящих детей проявляется в виде *вербализма мышления, нарушении пространственных представлений, недоразвитии психомоторной сферы.* Глухие дети могут быть с отсутствием речи (рано оглохшие) и с присутствием речи (поздно оглохшие). Дефицитар-

ность развития у глухих и слабослышащих детей определяется прежде всего нарушением речевого развития, которое ведет к вторичной задержке психического развития.

(5) – *Искаженное* психическое развитие определяется, когда развитие определенных психических функций недоразвито, задержано, повреждено или ускорено. Формируется ряд *новых патологических образований*, которые не свойственны каждому из входящих в клиническую картину виду дизонтогенеза.

*Примером может быть **детский аутизм.** Его признаки: нарушение ориентировки во времени, отсутствие реакций на воздействие извне, оторванность от реальности, отгороженность от внешнего мира, пассивность, ранимость, стереотипность и однообразие в поведении (ребенок ест одну и ту же пищу, носит одну и ту же одежду, гуляет по одному и тому же маршруту). Уменьшается речевой контакт (возможно полное отсутствие речи, вплоть до мутизма или отсутствие реакции на речь других людей, что называется сурдомутизмом). Детский аутизм наиболее выражен в возрасте 3-5 лет.*

(6) – *Дисгармоничное* психическое развитие по своей структуре напоминает искаженное психическое развитие. Но здесь основой является не текущий болезненный процесс, а *врожденная* или *ранее приобретенная стойкая диспропорциональность психики* (преимущественно в эмоционально-волевой сфере). Моделью данного вида дизонтогенеза может служить ряд психопатий (шизоидная, эпилептоидная, циклоидная, психастеническая, истерическая). Многие психопатии формируются *в зрелом возрасте* как клинически выраженные.

УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ И РАННИЙ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ (РДА). ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Термин «умственная отсталость» традиционно относят к очень широкому кругу людей, включая детей в спецучреждениях, которые все свое время проводят в постели, раскачиваясь из стороны в сторону, молодых людей, работающих в лечебно-трудовых мастерских, а также мужчин и женщин, способных самостоятельно содержать свою семью, занимаясь простой работой, не требующей особых навыков. Такой диагноз получает каждый сотый человек. Из них – 3/5 части составляют мужчины, большинство из которых имеют легкую степень умственной отсталости.

Под олигофренией (умственной отсталостью) понимают группу заболеваний различной этиологии, общим и типичным для которых является *психическое недоразвитие.* То есть человек проявляет общие интеллектуальные способности и способности к адаптации намного ниже среднего уровня. По *степени тяжести* умственного недоразвития выделяют следующие его формы:

- **идиотия** (с греч. – тайный, странный) – самая тяжелая, не развита речь, способность к самообслуживанию. Человек нуждается в тщательном постоянном контроле и руководстве.

- **имбецильность** (с лат. – нуждающийся в опоре) – средняя степень недоразвития, речь бедная, движения удовлетворительные, кроме мелких, пишут отдельные слова, читать не умеют, делают несложную работу. Человек ограниченно способен научиться заботиться о себе и овладеть речью.
- **дебильность** (с лат. – слабость) – легкая степень, развита речь, но абстрактное мышление малодоступно, могут иногда хорошо считать, не способны к творчеству, склонны к подражанию, обучаются, как правило, в спецшколах. Человек ограниченно способен к обучению испытуемому, когда становится взрослым, может вести самостоятельную жизнь.

В первую очередь олигофрения проявляется в *интеллектуальной недостаточности* и характеризуется синдромом относительно стабильного, не прогрессирующего слабоумия. Кроме него, у олигофренов отмечается *недоразвитие эмоциональности, моторики, восприятия, внимания.*

Олигофреническое слабоумие отличается от слабоумия вследствие приобретенных в зрелом или пожилом возрасте органических заболеваний ГМ тем, что при последних происходит распад *уже имевшихся* психических свойств, а при олигофрении эти свойства *не развиваются*. Характерно недоразвитие более поздно формирующихся (в филогенетическом отношении) свойств психической деятельности: *понятийного, абстрактного мышления.* Мышление олигофренов носит преимущественно *конкретный* характер, что прямо связано с глубиной слабоумия.

Обычно объектом патопсихологического исследования оказываются дебилы. Имбецилы и идиоты (крайние степени умственной отсталости) специальным патопсихологическим исследованиям, как правило, не подвергаются.

Мышление олигофренов характеризуется *снижением обобщения и отвлечения.* Суждения больных при решении экспериментальных заданий носят *конкретно-ситуационный* характер. Они не могут отвлечься от конкретных, частных признаков и выделить существенные признаки, т.е. недостаточным оказывается абстрагирование, возможность образования новых понятий. Эти особенности видны в методике **«Классификация»**:

В одну группу объединяются предметы, которые в представлении больного связаны с определенной, конкретной ситуацией. Так, легко объединяются в одну группу предметы мебели, но нередко к ним обследуемые относят и чернильницу («она на столе стоит»), книгу («раз этажерка здесь, значит и книгу сюда надо»). Крайне трудно для дебилов образование групп по более абстрактным признакам, например, выделение измерительных приборов. Еще более трудным представляется следующий этап классификации, требующий объединения ряда групп в более крупные, собирательные, когда приходится объединить отдельно живые существа, отдельно – растения, отдельно – неживые предметы. Обследуемые в этих случаях считают невозможным объединение в одну группу мебели, транспорта и инструментов, не понимают, как можно объединить вместе животных и людей.

Аналогичные данные получают при исследовании методиками **«Исключение» и «Определение понятий»**:

В одну группу объединяются портфель, чемодан и книга («книгу можно носить в портфеле и чемодане»). Некоторые задания вообще представляются обследуемым невыполнимыми. Так, о весах, очках, термометре и часах испытуемые говорят, что они все разные и среди них нельзя выделить три предмета, имеющие что-то общее.

Определение понятий проводится многословно, на основе второстепенных, несущественных признаков. Так, определяя понятие «стол», больные характеризуют его по материалу, из которого он сделан, по наличию четырех ножек, в лучшем случае – по предназначению («чтоб есть или писать»), но никогда не указывают его родовых признаков.

Характерные данные получают в методике **«Сравнение понятий»**. Если различие между понятиями обследуемому еще удается установить (по внешним малосущественным признакам), то общее между ними они выделить не могут:

Например, больной Ш., сравнивая стол и стул, говорит: «Нет ничего между ними общего, это разные вещи. А разница в том, что стол большой, а стул маленький. На стуле сидят, на столе пишут». При сравнении лошади и собаки: «Не знаю, что между ними общего. Лошадь ест сено и на ней ездят, а собака ест мясо и на ней не ездят». При сравнении дождя и снега: «Что же общего? Это разные вещи. Дождь льет как из ведра, а снег пухом белым летит».

Эта методика у детей-олигофренов, помимо обнаружения у них *неспособности выделить главные черты понятий* и *соотнести их с обобщающим понятием*, выявляет и другие особенности мышления:

– ***сравнение проводится по несоответствующим признакам***: *например, лыжи – коньки («Коньки острые, а лыжи деревянные»);*

– ***недостаточно полное представление о вещах***, *измышления, свидетельствующие о скудости сведений: лошадь – корова («Лошадь бегает, а корова мычит. Корова дает молоко, а лошадь – сено. Корова пасется, а лошадь нет»).*

У дебилов значительно затруднено **формирование искусственных понятий.** Они могут отдельно выделить признаки, на основе которых формируется искусственное понятие, – форму, цвет. Но объединить оба эти признака и на этой основе выделить искусственное понятие они не могут. Такие же затруднения они испытывают при **классификации цветных фигур**. Они проводят классификацию по отдельным признакам – форме, цвету и (с несколько большими затруднениями) величине, но провести классификацию по двум признакам (например, по форме и цвету) они не могут, так как для этого надо объединить два признака и игнорировать третий.

При необходимости **выделения существенных признаков** дебилы нередко в качестве их выделяют второстепенные, необязательные. В ряде заданий решение обусловлено привычными ассоциациями: *деление – класс, игра – карты.*

Ошибки при **образовании аналогий** у дебилов обусловлены не только трудностью установления логических отношений, но и известной инертностью психических процессов: последующее задание больной пытается решить по принципу предыдущей аналогии.

Образование **пиктограмм** для них оказывается возможным лишь при *конкретном* характере называемого для запоминания слова (например, «вкусный ужин», «тяжелая работа»). Крайне трудными для опосредования являются абстрактные понятия («печаль», «развитие», «сомнение»).

У дебилов отмечается нарушение **понимания переносного смысла пословиц и метафор.** Иногда, наряду с пословицами и метафорами, переносного смысла которых больной не понимает, могут быть отдельные, которые объясняет правильно. Это определяется в значительной мере меньшей степенью их абстрактности и прежним опытом. Часто они настаивают на «неправильном» своем, споря о смысле пословицы. В ряде случаев обнаруживаются проявления своеобразного «пустого» резонерства, стремление поучать при крайне скудном запасе знаний, ригидная личностная установка (резонерство здесь является компенсаторным, им больной утверждает свой престиж в глазах окружающих).

У пациентов с умственным недоразвитием затруднено **понимание смысла рассказов сюжетных рисунков**. При глубокой дебильности больные вовсе не понимают их смысла, при легкой степени – поверхностно пересказывают рассказ или описываемый рисунок, не проникая в заключенный в нем смысл.

Еще более трудным для дебилов оказывается **установление последовательности событий по серии рисунков**. При глубокой дебильности обследуемые не в состоянии этого сделать даже в простых случаях.

Они раскладывают рисунки в случайном порядке и описывают каждый отдельно. Причем описание нередко сводится к простому перечислению деталей. Иногда обследуемые в общих чертах улавливают сюжет, но отдельные рисунки они помещают неправильно. Так, поняв, что на рисунках изображено бегство мальчика от волков, обследуемый первый рисунок помещает в конце серии: «Мальчика сняли с дерева, волков прогнали и он опять пошел в школу».

Разумеется, при легкой степени дебильности такие задания испытуемым выполняются без особого труда, но уже некоторое усложнение выявляет их несостоятельность. Чем глубже выражена дебильность, тем беднее оказывается лексикон больного. Даже если слов в речи пациента много, за этим многословием больных скрывается в самом деле бедный словарный запас («штампы» или неверное употребление слов). Это легко установить методикой **подбора антонимов**, когда проверяется не только словарный запас, но и соответствие слов определенному содержанию.

Поведение олигофренов при изучении **уровня притязаний** своеобразное:

Обычно у здоровых обследуемых на выбор последующего задания влияет успех или неудача в решении выполняемого в настоящее время. У олигофренов такая самооценка в процессе исследования не вырабатывается. Они совершенно бездумно берут попавшуюся под руку карточку и не проявляют какой-либо эмоциональной реакции на неудачу в выполнении задания. У олигофренов с менее глубокой степенью дебильности уровень притязаний вырабатывается к концу исследования: вначале они совершенно не соотносят выбор сложности последующего задания с успехом или неудачей в решении

настоящего задания и лишь в конце опыта начинают при успехе брать более трудные, а при неудаче – более легкие задания.

Нередко у таких больных нарушены внимание, восприятие, память. Внимание, особенно произвольное, отличается *узким объемом*.

В пробе на ***запоминание*** *такой больной называет, например, 4 слова. Ему повторно зачитывают все подлежащие запоминанию слова. После этого больной называет уже другие 4 слова, но не может вспомнить называвшиеся им прежде слова. Внимание с трудом переключается с одного вида деятельности на другой, неустойчиво.*

При выраженной дебильности *восприятие недоразвитое, недостаточно четкое*. Это относится к восприятию зрительных образов, когда обследуемые путают изображения похожих предметов, плохо различают цвета. При показе картинок дебилам трудно уловить целостное содержание, и поэтому они перечисляют отдельные детали рисунка.

Выраженность *ослабления памяти* часто соответствует степени слабоумия. Чем глубже дебильность, тем более заметна недостаточность памяти. Подтверждением этого служат данные, получаемые при исследовании дебилов методикой **заучивания 10 слов**. Представляет интерес соотношение между механической и логической памятью. При легкой дебильности нет существенной разницы между показателями, характеризующими оба вида памяти. Зато при выраженной дебильности механическая память страдает меньше.

Для патопсихологической диагностики дебильности нельзя ограничиваться вербальными методиками, особенно связанными с уровнем общеобразовательных знаний. При таком проведении исследования за дебильность можно принять случаи педагогической запущенности. Исследование обязательно должно включать невербальные методики, в значительно меньшей мере опирающиеся на общеобразовательную подготовку обследуемого (**кубики Кооса, субтесты «цифровые символы», «недостающие детали», «сложение фигур» по Векслеру, проба на комбинаторику А.Н. Бернштейна**).

Ранний детский аутизм (РДА).

Большинство детских расстройств с возрастом исчезают или меняют свою форму. Но есть два расстройства, возникающие в детстве и остающиеся неизменными на протяжении жизни, это умственная отсталость и аутизм.

Аутизм (синдром Каннера) описан американским психиатром Лео Каннером в 1943 г. Больные дети слабо реагируют на других людей, плохо усваивают навыки, необходимые для общения, совершают ритмические повторяющиеся движения и ведут себя очень ригидно. Признаки заболевания проявляются в очень раннем возрасте, до 3 лет. Распространенность аутизма 5 случаев на 10 тысяч детей. Среди больных – 80,0% мальчики. Признаки болезни позже сохраняются и во взрослом состоянии. Это ограниченный круг интересов, скудность социальных связей, узкое поле деятельности.

Ключевой признак аутизма – *отсутствие реакции*, включая крайнюю отчужденность, отсутствие интереса к другим людям. Дети не тянутся к родителям,

когда те к ним подходят, проявляют неудовольствие, когда их берут на руки. Часто они неспособны узнавать других людей и общаться с ними. Проблемы, связанные с языком и общением, могут принимать различные формы:

Половина детей не может научиться говорить или развить нормальные языковые навыки. Те дети, которые все научились говорить, имеют некоторые странности в своей речи: 1) эхолалия – точное многократное повторение, подобно эху, фраз, сказанных другими, причем повторение идет без всякого понимания смысла сказанного; 2) инверсия местоимений (т. е. неправильное использование местоимений) – использование «ты» вместо «я», например, вместо «Я хочу обедать» – «Ты хочешь обедать»; 3) трудности с называнием предметов, с использованием абстрактных понятий, взятием верного тона, спонтанной речью и пониманием речи других.

Для аутизма характерны *ограниченность воображения, повторяющиеся действия и ригидное поведение.* Дети не могут спонтанно вносить изменения в свою игру или играть вместе с другими. Любые изменения в окружающих людях, обстановке, повторяющихся повседневных действиях заставляют больных детей сильно нервничать: например, переставили стул в комнате, отец одел новые очки, изменили слово в песне и другое. Каннер назвал это *настойчивым требованием единообразия.* Еще один характерный признак – *«привязка» к отдельным предметам* (например, к пуговице, резинке, крышке). Дети с аутизмом могут постоянно носить их с собой или играть с ними. Некоторые из них *бывают «зачарованы» движением* и могут часами смотреть на вращающийся вентилятор.

Моторика больных детей необычна. Это связано с тем, что структура реакций на воспринимаемые стимулы чрезвычайна нарушена и противоречива. Неожиданные прыжки, хлопанье руками, гримасы, кручение своих пальцев – это *самостимулирующее поведение*. Для некоторых детей с аутизмом также характерны *самоповреждающие действия:* колотят головой о стену, дергают себя за волосы или кусают части своего тела. Создается впечатление, что некоторые окружающие объекты влияют на них *чересчур стимулирующее* и ребенок пытается «заблокировать» их. В то же время, в других случаях он испытывает недостаток стимуляции и предпринимает *самостимулирующие действия*.

Например, ребенок не реагирует на громкий звук сирены, но резко оборачивается на шипение газированной воды. Он может не замечать, что находится в опасности на высокой горе, но немедленно увидеть, что переместили его тапочки.

ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Задачами психолога при первичном выявлении детей с отклонениями в развитии является: 1) установить это нарушение, 2) создать условия для преодоления отклонений в развитии. Базовым методом здесь является *наблюдение.* Выделяют 3 его вида:

- стандартизированное (когда заранее определены план, цели, задачи).
- свободное (не требует специальной подготовки и плана).
- включенное (осуществляется в процессе совместной деятельности с ребенком).

Выделяют также наблюдение групповое и индивидуальное, кратко- и долговременное, внутреннее и внешнее.

Проявления *активности* ребенка являются основой его психосоциального развития. Исходя из этого, психолог должен всегда обращать внимание на следующие его внешние проявления:

- *общая и двигательная активность;*
- *эмоциональные и поведенческие реакции на новые стимулы;*
- *интенсивность эмоционального выражения своих желаний и отношений;*
- *настроение ребенка;*
- *способность сосредотачиваться на эмоциональном контакте или манипуляции с предметами;*
- *способность справляться с трудностями, преодолевать препятствия.*

К критериям *особенностей поведения ребенка*, отличающих его от других детей относят:

1. Изменение поведения ребенка в общем.

2. Несоответствие поведения ребенка возрастным нормам развития.

3. Длительность отмечаемых особенностей поведения.

4. Частота наблюдаемых симптомов.

5. Особенности возникновения той или иной черты в поведении, указывающие на социальный характер ее возникновения.

6. Склонность к выполнению однообразных действий с предметами.

7. Отсутствие привязанности к близким взрослым.

Основные принципы психодиагностики у детей с нарушениями психического развития.

Следует помнить, что при проведении психодиагностического обследования нельзя оказывать помощь (если она не предусмотрена процедурой обследования), критиковать или усиленно хвалить ребенка. Немаловажно создание комфортных условий, установление психологического контакта с ребенком, доброжелательность, снятие тревожности.

До психодиагностического исследования необходимо «собрать»:

- *психологический анамнез (сведения о предшествующих этапах развития ребенка).*
- *информацию от родителей, врачей и педагогов об особенностях поведения ребенка в различных жизненных ситуациях;*
- *сведения о состоянии его здоровья к моменту обследования.*

К *целям* психодиагностического обследования относят:

- *выявление отклонений в развитии, которые чаще всего становятся причиной психических заболеваний, а также трудностей обучения, поведения.*
- *контроль за динамикой психического развития и успешностью применения лечебных воздействий и средств психологической коррекции.*

- *обнаружение личностных особенностей ребенка, которые тормозят его социальную адаптацию.*

Характер обследования зависит от возраста, пола, состояния здоровья, а также образовательного уровня и этнической принадлежности пациента. Время обследования школьника должно длится в среднем – 30-45 минут. Дети с отклонениями в развитии отличаются *быстрой истощаемостью*, им следует применять *небольшой набор* методик.

Ведущими *задачами психопрофилактики* нарушений психического развития являются:

1. Диагностика и коррекция нарушений развития ребенка.
2. Выявление, диагностика и коррекция отклонений внутрисемейных отношений между родителями и детьми.
3. Психологическая подготовка матери к материнству, а отца – к отцовству.
4. Повышение компетентности родителей в обращении и понимании своего ребенка.
5. Поддержание психического здоровья самого ребенка через стимуляцию развития его основных психических функций (познавательных процессов, в том числе – внимания, речи).
6. Управление формированием интрапсихических систем ребенка.

Основные *принципы психопрофилактики* нарушений психического развития включают:

1. Первичные превентивные меры, к которым относится предотвращение вредных воздействий во время родов и в течение раннего постнатального периода.
2. Вторичная психопрофилактика, в том числе и медикаментозное лечение.
3. Реабилитационные мероприятия.

Важнейшие правила:

1) Следует проводить целенаправленную коррекцию нарушенных психических функций, которые еще находятся в процессе развития.

2) Основной базовый развивающий и коррекционный метод нарушений психического развития у детей – это ***игровая деятельность.***

Организация психологической помощи лицам с нарушениями психического развития зависит от многих факторов: где живут эти люди, с кем общаются, насколько образованны, какие возможности для роста имеются у них дома и в окружающей социальной среде. Реабилитационные программы для них делают акцент на социокультурных моментах:

- создание комфортабельной и стимулирующей среды;
- обеспечение равных социальных и экономических возможностей;
- организация соответствующих учебных заведений;
- борьба со стигматизацией ввиду наличия психического дефекта.

При условии выполнения этих мер психологическая и биологическая терапия, в некоторых случаях, также может принести пользу.

Государственные школы-интернаты представляют собой специальные учреждения для содержания умственно отсталых людей, финансируемые государством. Больных учат самостоятельности, о них заботятся, предоставляют необходимые медицинские услуги и дают образование. Культивируется **принцип нормализации**, впервые провозглашенный в Дании и Швеции. Суть его – больным людям создаются условия, подобные членам общества, живущим за стенами учреждения (гибкий распорядок дня, нормальную развивающую среду, самоопределение, сексуальные и социальные возможности, экономическую свободу). Вместе с тем многие больные с умственным недоразвитием проживают дома, если окружающая их среда способствует их позитивному социальному функционированию.

Широко применяются образовательные программы. Раннее вмешательство с целью реабилитации выглядит очень многообещающим (отсюда и создание классов учеников с ЗПР в средних образовательных школах). Характер образования зависит от степени умственной отсталости человека. Хотя до сих пор специалисты не определились по вопросу: Что лучше для таких детей – *спецклассы* или *обучение в общем потоке*? Спецклассы (специализированное образование) подразумевает группировку больных детей вместе и обучение по отдельной, специально для них разработанной, программе. При обучении в общем потоке дети с умственным недоразвитием ходят в обычную школу вместе с нормальными детьми. Наилучшего подхода нет, следует подходить индивидуально (с учетом особенностей ребенка, вида предмета и прочего).

Для обучения навыкам самообслуживания, общения, социальным и академическим «премудростям» преподаватели используют принцип оперантного обусловливания: задача разбивается на «шаги», затем организуется положительное подкрепление по мере успешного выполнения «шага». Практикуются программы и жетонной экономики (за «хорошее» обучение выдаются жетоны, которые потом больной может обменять на что-то важное для себя).

Терапия проводится индивидуально или с группой. Почему она необходима? Многие из больных испытывают эмоциональные и поведенческие трудности, 10,0% из них имеют другие расстройства. Кроме того, больные с умственным недоразвитием имеют низкое самоуважение, трудности коммуникации, неумение приспособиться к жизни в обществе. Из биологической терапии, при необходимости, применяются психотропные препараты.

Молодежные клубы, открытые изначально в Дании и Швеции, также служат лучшей адаптации лиц с умственным недоразвитием. Сексуальные отношения и брак также являются проблемами для этих людей. Вместе с тем при правильном обучении и практической тренировке, они вполне способны обучиться правилам контрацепции и способности разумно планировать семейную жизнь. Браки олигофренов могут быть успешными. Им также крайне необходимы психологическое и материальное вознаграждение, которые приносит работа.

Сегодня абсолютно очевидно, что общество должно дать олигофренам возможность расти и делать собственный выбор!

Лекция № 14
СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В АСПЕКТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Вопросы:

1. Суицид, парасуицид, суицидальный риск: определение, эпидемиология.

2. Суицидальное поведение: классификация суицидального поведения, типология, факторы риска и «маркеры» суицида.

3. Методы диагностики суицидального поведения.

4. Кризисное вмешательство: порядок проведения, тактика общения с пациентом, профилактика суицидов.

СУИЦИД, ПАРАСУИЦИД, СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.

«Благослови Бог встать, а ляжем и сами».
Народная пословица

Самое дорогое, что есть у человека – это его жизнь. Многие, даже говоря о жизни как **«очереди за смертью»** или **«небольшой прогулке перед вечным сном»**, втайне надеются прожить как можно дольше. Поэтому кажется странным, почему отдельные люди добровольно лишают себя жизни. Да, «жизнь не только майский день, где все танцуют и поют», это еще и испытание на прочность, на способность преодолевать все ее негативные стороны. В условиях, когда, людские потери связаны со стихийными бедствиями, межрегиональными конфликтами и войнами, действиями криминальных структур, тяжелыми болезнями уход из жизни как бы «ожидаем». Другое дело – самоубийство, где есть элемент добровольности, неожиданности для окружающих, необъяснимости, на первый взгляд, мотивов и поступка. Правильно говорят в народе: **«Выхода нет только из гроба!»**. Почему? Почему? Почему?… сотни раз задают себе этот вопрос родные и друзья ушедшего из жизни. Неплохо сказал о смерти **Л. Филатов** в стихотворении **«Високосный год»**, подчеркнув мысль о том, что не все в этой жизни в нашей власти…

И некая верховная рука,
В чьей воле все кончины и отсрочки,
Раздвинув над толпою облака
Выкрадывает нас по одиночке!

Самоубийство и покушение на него сопровождает человечество на протяжении всей истории его существования. Отношение общества к самоубийцам значительно менялось в различные исторические эпохи и зависело (и зависит до сих пор) от этнических, культурных и религиозных традиций разных регионов. Сегодня на суицид главенствует точка зрения как на неприемлемый способ ухода из жизни. Потери общества в связи с суицидом многогранны, это и моральные потери самого индивида и его близких, это и экономические потери, которые связаны с утратой трудоспособности пострадавшими (80% суицидентов – люди трудоспособного возраста) и затратами на оказание медицинской помощи.

По данным ВОЗ самоубийства (суициды) занимают **4-е место**, как причина смертности, после сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний и травматизма. Так, если в конце прошлого века уровень самоубийств на 100 тысяч населения в год в Европе колебался от 3,8 в Италии до 33,4 в Саксонии, то в настоящее время он составляет от 7 в Албании до 60 в Венгрии. В России, для сравнения, 39,4. Кроме того, 87% лиц в случаях самоповешения впоследствии получают инвалидность.

Впервые определение самоубийства дал **Эмиль Дюргейм в 1897 г.** Он называл им **всякий случай смерти, который являлся результатом положительного или отрицательного поступка, совершенного самим пострадавшим, если последний знал об ожидавших его результатах.** ВОЗ дает следующее определение суицида: **«Это действие с фатальным результатом, которое было намеренно начато и выполнено умершим в осознании и ожидании фатального результата, посредством которого умерший реализовал желаемые им изменения»** (1986 г.). Покушение на самоубийства, это тоже действие, но не доведенное до конца.

Самоубийство (суицид) – быстрое, намеренное и осознанное лишение себя жизни.

Парасуицид (суицидальная попытка) – несмертельное, намеренное самоповреждение или самоотравление, нацеленное на реализацию желаемых субъектом изменений за счет физических последствий. Цель парасуицида – не обязательно смерть, часто какая-то личная цель. Самоубийство может быть как активным (намеренное членовредительство, влекущее за собой смерть), так и пассивным (саморазрушающее поведение: потребление табака, больших доз алкоголя, наркотиков). Соотношение самоубийств и попыток самоубийства среди гражданского населения составляет **1:8.** Каждый четвертый суицидент повторяет суицидальную попытку, а каждый 10-й погибает от повторного суицида.

Суицидальный риск – потенциальная готовность личности совершить самоубийство, который может быть оценен как соотношение суицидальных и антисуицидальных факторов личности.

*Современная наука рассматривает суицидальное поведение как сложную поведенческую реакцию в состоянии **психологической дезадаптации**. Решающий фактор в нарушении адаптации – **конфликт**, либо реальный (межличностный), либо мнимый (в контексте бредовых идей). Конфликт запускает весь механизм суицидального кризиса, основанный на актуализации глубинных психологических противоречий, которые проявляются в расстройствах поведения. Таким образом для суицидального поведения необходимо иметь особое состояние личности (предиспозиция) – результирующая психологических и физиологических особенностей, уровня его социального функционирования, степени социальной поддержки.*

Рубрика МКБ-10 – Z 91.5 «самоповреждение в личном анамнезе». Самоповреждение – это не всегда наличие психического расстройства! В этих случаях существует **проблема постановки психического диагноза**.

Суицидальные тенденции реализуются через суицидальное поведение. Оно не такая уж редкость среди психически нормального населения. Например, в США из всех врачей, психиатры являются наиболее опасной группой по риску суицида. Здесь играет роль характер профессии, личностные особенности, а также формирующийся со временем «синдром эмоционального выгорания». Чувство ревности, мести, агрессии свойственно каждому человеку и никто не гарантирован от того, что когда-либо они проявятся суицидальным поведением. Эта проблема не менее актуальна и для лиц с психическими аномалиями. Недаром профилактика суицидального поведения является одним из приоритетов деятельности ВОЗ. Суицидальное поведение, как правило, следствие психической дезадаптации.

Касаясь эпидемиологии суицидов, следует заметить, что если в 1995 г. в мире в год регистрировалось около 900 тысяч суицидов, то при нынешних темпах (2000 год – 1,0 млн суицидов) в 2020 г. их будет уже 1,5 млн в год. Выделяют 3 уровня суицидов в расчете на 100 тысяч населения: низкий: < 6,5; средний: 6,5 – 13,0 (США, Италия, Великобритания); высокий: > 13,0 (страны Прибалтики, Россия, Украина, Белоруссия, Финляндия, Дания, Германия, Щвеция, Китай, Индия, Шри-Ланка).

Лидеры сегодня: 1 – Литва, 2 – Латвия, 3 – Россия, 4 – Белоруссия. В Республике Беларусь отмечался рост суицидов до 1996 г., когда она занимала 3 место в мире. Сейчас цифра меньше, она стабилизировалась на 35/100 тыс. населения (3,5 тысячи самоубийц в год в расчете на численность населения). Тем не менее, в структуре причин смертности суицид ежегодно занимает 5-6 место. В Республике Беларусь ежегодное число суицидов среди населения в 3-4 раза превышает число зарегистрированных убийств. В деревнях относительное число суицидов в 2 раза больше, чем в городе (абсолютное число суицидов больше в городе). Максимальное число суицида в возрасте > 18 лет, хотя они встречаются у детей и подростков (до 9 лет – крайне редко). 60,0% суицида совершается в связи с потреблением алкоголя, недаром его потребление расценивается как «тригерный» фактор, особенно у лиц с алкогольной зависимостью.

При рассмотрении данного вопроса нельзя не сказать, что суицидальные действия совершаются не только сразу после провоцирующего момента. Существует понятие «психогенные боевые потери». После войны во Вьетнаме до 1990 г. около 100 тысяч американских солдат покончили жизнь самоубийством, в то время как число погибших на войне составило 58 тысяч. В настоящее время количество самоубийц среди ветеранов этой войны уже в 3 раза больше погибших во время боевых действий.

Что же способствует росту самоубийств в наше время?

1. Снижение уровня жизни с одновременным ростом социальной напряженности и преступности (отмечено увеличение суицидов с ростом безработицы).

2. Интенсивное социально-имущественное расслоение общества, невозможность обеспечить достойный уровень жизни себе и своей семье. Доказано, что самоубийства чаще связаны с изменением социального статуса индивида (потерей, снижением), чем со статусом (положением в обществе) как таковым.

3. Нарастающее разобщение общества, обостряющее у человека чувство одиночества.

4. Рост психической заболеваемости при относительном смягчении законодательных мер по учету и лечению лиц с психическими отклонениями, в том числе алкоголизма и наркомании.

Прямой связи между количеством выпитого и тяжестью суицидального действия нет, здесь многое зависит от личности человека, внешних обстоятельств, скажем близости оружия, веревки и т.д.). 50% самоубийц при жизни злоупотребляли алкоголем. Отмечается явное увеличение суицидов в праздники, когда алкоголь играет троякую отрицательную роль: а) оглушающего фактора, усиливая дезадаптацию; б) пускового фактора, облегчая реализацию суицида; в) фактора, усиливающего переживания, что приводит к идее о самоуничтожении.

5. Снижение деторождаемости и увеличение количества разводов (суициды обратно зависят от первого и прямо от второго).

Способы суицида среди населения по убыванию выглядят следующим образом:

1) повешение; 2) огнестрельные ранения; 3) отравление химическими веществами и медикаментами; 4) падение с высоты, под проходящий поезд или автотранспорт; 5) прочее.

Существуют повышенная вероятность суицидов при наличии определенных обстоятельств. К ним можно отнести наличие семьи и детей, семейные неурядицы, состояние алкогольного опьянения, выходные дни (по некоторым данным-42% суицидов совершается именно в эти дни), нахождение по месту жительства, свободное от работы время, время суток: 0-6 часов.

Выделяют 3 основных свойства личности суицидента:

- стремление непременно достичь поставленной цели («либо полковник – либо покойник»);
- повышенная потребность в эмоциональной близости;
- низкая способность к приспособлению, неумение ослабить последствия психо-эмоционального напряжения:

Играют роль также особенности личности человека, его интеллекта (чаще суицид совершают лица, которым свойственны максимализм, категоричность, незрелость суждений), характерно неумение общаться, неправильная оценка личных возможностей, слабость личной психологической защиты, снижение или утрата понимания ценности жизни.

*На сегодняшний день теории суицидального поведения нет, существуют лишь концепции. По первой из них, ранее считалось, что самоубийцы-психически больные люди, их поведение-проявление психических расстройств. Сегодня большинство признает, что самоубийства могут совершать как психбольные, так и практически здоровые люди, по отдельным оценкам которые могут составлять **70,0-75,0%**. По второй – ведущую роль в возникновении суицидальных действий следует отдавать психологическому фактору. Еще Фрейд рассматривал суицидальное поведение, как проявление «инстинкта смерти», который может выражаться аутоагрессией. По его мнению, самоубийство – преобразованное (направленное на себя) убийство. В свою пользу он приводит следующие доказательства: а) в ряде стран имеет место обратное численное соотношение самоубийств и убийств; б) уменьшение уровня самоубийств во время войн. Иногда суицидальные действия носят характер любовного влечения, человек надеется соединиться с любимой на небесах. По третьей – уровень суицидов зависит от степени интеграции (адаптации, качества социальных связей) человека в обществе. В основе суицидального поведения, по их мнению, лежит дезадаптация в условиях микросоциального конфликта. Это ситуация, когда конфликт является кризисным, т.е. превышает порог дезадаптации.*

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ: КЛАССИФИКАЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ, ТИПОЛОГИЯ, ФАКТОРЫ РИСКА И «МАРКЕРЫ» СУИЦИДА

Классификация суицидального поведения:

- внутренние формы суицидального поведения (СП);
- внешние формы суицидального поведения.

Внутренние формы СП: 1) **Антивитальные переживания** (нет смысла жизни, все кончилось, нечеткое представление о смерти); 2) **Пассивные суицидальные мысли** (фантазии на тему смерти – конкретной идеи смерти нет); 3) **Суицидальные замыслы и намерения** (тенденции): разработка плана суицида, определенные волевые усилия для его реализации.

Внешние формы СП: 1) **Суицидальная попытка** (парасуицид); 2) **Самоубийство** (суицид). **Гамицид** – смерть от убийства извне (не сам), суицид – убийство самим.

Если всех лиц с суицидальным поведением взять за 100,0%, то 15,0% их них будут иметь конкретной целью самоубийство, 15,0% – «манипуляторы» – аутоагрессию демонстрируют с какой-то личной целью, 70,0% составляет лица, имеющие сочетания тенденций вышеперечисленных групп. Суицид – это всегда, в некотором роде, «шантажное» поведение. Суицидент старается задействовать побольше людей, которые начинают переживать. «Последние» записки с обвинениями еще более отягощают ситуацию с задействованными лицами. Манипулятивный компонент лица с суицидальным поведением не должен усыплять бдительность врача в плане диагностической активности. *«Если у доктора есть раздражение больным, то у больного несомненно есть элемент манипулятивного поведения».*

Типология суицидального поведения по А.Г. Амбрумовой (руководитель Центра кризисных состояний в России):

1. Протест, месть.

2. Призыв (крик о помощи) – попытка привлечь внимание.

3. Избегание (страдания, наказания): суицидальное поведение – попытка избежать душевной боли, причины которой различны.

4. Самонаказание (З. Фрейд указывал, что наши поступки, отношения с другими людьми часто проявляются через агрессию, следствие этого – чувство вины. Совесть и чувство вины (это суперэго) – это регулятор человеческих отношений в обществе. Самоубийств в обществе больше, чем убийств. Почему? Человек, убивая себя, реализует чувство вины. Эта реализация может идти двояко: 1) попросить прощения, что не всегда возможно; 2) себя наказать (совершить суицид).

5. Отказ – встречается редко (отказ от жизни как таковой, встречается при наличии каких-то экстремальных ситуаций: концлагерь, плен, пытки, некурабельная патология). Эвтаназия: это умерщвление больного с помощью врача, но решение уйти из жизни принимает сам пациент.

Суицидальное поведение чаще связано с расстройствами адаптации, депрессивными эпизодами, зависимостью от алкоголя и наркотиков, но встречается и у здоровых лиц. При совершении парасуицида у них правомерен диагноз: Парасуицид. Психически здоров. Эти лица ставятся на учет как группа риска. В дальнейшем, в отдельных случаях, возникает какая-то психическая патология.

Выделяют следующие **2 группы факторов риска суицида: I – базовые; II – тригерные.**

I – Базовые факторы риска суицида:

1) Фактор наличия психического расстройства: исследование ВОЗ, 1993 г., градация психических болезней у лиц, совершивших суициды, при наличии психической патологии: 1 – расстройства настроения (депрессия); 2 – расстройства личности; 3 – наличие зависимости от ПАВ; 4 – шизофрения;

5 – другие расстройства. Вывод: первые 3 места (60,0% всех смертей) – это состояния, которые мало диагностируются или не диагностируются вообще. Таким образом шизофрения – не основной «поставщик» смертей применительно к проблеме суицида. **При суицидальном поведении дезадаптирующая ситуация есть всегда!** Важна **самооценка** человека: склонны к суицидам лица, считающие себя «второсортными», неуспешными, внешне непривлекательными, физически слабыми.

2) Социально-демографические факторы:

Пол (мужчины совершают суицид в 4 раза чаще женщин, женщины в 2 раза чаще совершают суицидальные попытки, исключение – Китай, там по числу суицидов мужчины = женщины). Как саркастически подметил Жорж Клемансо: *«Женщины живут дольше мужчин, особенно вдовы»*. Мужчины и женщины по разному воспитываются. Мужчина более склонен к конкуренции, к выражению во вне собственной «силы». Депрессией чаще болеют женщины, но от депрессии посредством суицида чаще уходят из жизни мужчины (нет реализации во вне). У женщин есть биологическая задача – рожать, а это фактор защиты от суицида (понимание, что она продолжательница жизни). Считается, что «лидерство» мужчин в суицидах связано с тем, что в период экономических кризисов женщинам, обладающим большим диапазоном социальных ролей, легче приспособиться к меняющейся ситуации, кроме того, мужчины чаще зависят от алкоголя и наркотиков, реже, чем женщины проживают с детьми.

- **Возраст** (чаще суициды совершают, подростки, пожилые лица – старше 45 лет, пики парасуицидов – до 30 лет). Очень опасен интервал возраста для мужчин 40–60 лет. Парасуицид у женщин – способ проявления эмоций.
- **Образование –** попытки суицида чаще у лиц, не имеющих высшего образования.
- **Семейное положение** (одиночество, безбрачие, развод, бездетность, вдовство). Супруг (супруга) – наиболее весомый фактор поддержки человека.
- **Религиозные взгляды** (по убывающей уровень суицидов распределяется в зависимости от религии так: 1 – страны, проповедующие атеизм; 2 – буддизм (спокойное отношение к смерти); 3) христианство; 4) мусульманство. Вера во что-то придает жизни смысл, уход в религию часто спасает от суицида.
- **Фактор изоляции** (физической, духовной – «эмоциональное одиночество»).
- **Стиль жизни** – стабильный образ жизни может стать фактором риска, когда есть все социальные блага и есть что терять. Но чаще – суицид следствие социальной нестабильности, потрясений.

3) Биографические (анамнестические) факторы:

- ранее имели место парасуициды (с каждой попыткой риск суицида увеличивается на 32,0%);
- недавняя потеря близких;
- переживание тяжелых эмоциональных травм: терроризм, плен, война;

• модели суицидального поведения в прошлом (у родителей имелись элементы суицидального поведения, которые видели дети), также недопустимо романтизировать суицид и его моментов в публикациях, на фотографиях (следует писать сухо и коротко), не следует употреблять термин «эпидемия суицидов», «неудачная попытка суицида»;

• ранняя потеря родителей (до 13 лет), воспитание в семье с неадекватной социальной атмосферой.

4) Факторы, связанные с соматической патологией (телесными болезнями):

• тяжелые соматические больные, ВИЧ-инфицирование, при потере органа или его функции, при возникновении или наличии уродств, слепоте, импотенции, которая является «предиктором» суицида у мужчин. У женщин – нарушение или утрата функции продолжения рода.

• частый и длительный прием медпрепаратов > депрессия > суицид: цитостатики, гипотензивные, глюкокортикостероиды, мочегонные.

К факторам риска суицида можно добавить потерю любимого человека, состояние психического и физического переутомления, уязвленное чувство собственного достоинства, различные формы страха, гнева и печали по разным поводам. Важно понимать, что в мышлении личности ядром является система ценностей и мотивов, которая придает всему смысл и побуждает действовать. Наше поведение определяется личными потребностями и имеющейся целью. Если цели нет, есть определенная вероятность суицидального действия. И.П. Павлов объяснял самоубийства ***«утратой рефлекса цели».***

II – Тригерные факторы риска суицида (разрешающие, «спусковой крючок»):

– реальный триггер – реальный конфликт;

– псевдореальный триггер – бредовые идеи преследования (например, при шизофрении).

*В последнее время предпринимаются попытки найти **биологические факторы риска суицида – «маркер»** суицидального поведения:*

(1) Генетические исследования в области суицидологии показали, что существует генетическая предрасположенность к суициду, специфических генов не выявили, но утверждают, что наследуются психические свойства (расстройства). Высок рост самоубийств у лиц, чьи родственники совершали суициды или их попытку.

*(2) Маркеры суицида (пока не находят применения в клинике): **углевод-дефицитный трансферрин; интерлейкин** (белок, характеризует активность иммунной системы, повышается после парасуицидов); **холестерин** - коррелирует с депрессией, **низким уровнем серотонина**, суицидальным поведением: низкий уровень холестерина увеличивает возможность суицида; концентрация **моноаминоксидазы В** (содержится в тромбоцитах), снижена при парасуицидах; **5-ГИНУК** (гидрооксииндолуксусная кислота) – уменьшается концентрация в моче после попытки суицида; **увеличение количества серотониновых рецепторов** (25 мл этанола снижает концентрацию серотонина в ГМ на 20,0%); **снижение концентрации метаболитов дофамина; положительный дексаметазоновый тест** (на кортизол, используют для определения депрессии) может указывать на возможность суицида. Серотонин считают биологическим маркером депрессии и суицидальности.*

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Оценка риска суицида учитывает:

1. Базовые и тригерные факторы риска.
2. Степень суицидальных интенций (или тяжести суицидальной попытки).
3. Тяжесть психического расстройства.
4. Тяжесть кризисной ситуации.
5. Наличие социальной поддержки.
6. Желание пациента принимать помощь.

Степень суицидальных интенций оценивается как клиническим наблюдением, так и с помощью шкал.

Суицидальные интенции:

• **необычное поведение** (необычное с точки зрения обыденной жизни человека, не соответствует эмоциональной ситуации, часто хандрят, налицо депрессия – «будущее беспросветно»);

• **признаки прощания** (осознанно и неосознанно: раздача долгов и подарков, приведение своих дел в порядок, улаживание споров и конфликтов с соседями, пересмотр страховых бумаг, оформление завещания, *«Мне все надоело», «Когда я уйду, они пожалеют об этом», «Лучше не жить, чем так страдать», «Вам без меня будет лучше»);*

• **суицидальные фантазии, мысли** (возможна такая концепция смерти у суицидента – воссоединение с умершими);

• **суицидальные высказывания**: прямые и косвенные, что повышает риск суицида. Статистика: из 10 высказывающихся о суициде в среднем совершают самоубийство 2 человека;

• **суицидальные попытки;**

• **степень планирования суицида** (чем детальнее план, тем выше риск суицида);

• **наличие средств суицида** (накапливание медпрепаратов, орудий…).

Вывод: убрать все, что может способствовать суициду вблизи суицидента.

Шкалы:

1) **Шкала суицидальных интенций**, оценивает уровень уже совершенной суицидальной попытки (Арон Бек, 1973): 15 пунктов, пункт оценивается от 0 до 2 баллов, максимум баллов – 30. Прощальное письмо (или написал, но уничтожил) увеличивает риск суицида.

2) **Шкала суицидальных мыслей**, оценивает возможность суицида на данный момент.

3) **Шкала безнадежности** (надежды – это проекции на будущее, меньше надежд, меньше видит себя в будущем – больше вероятность суицида).

4) **Шкала оценки риска суицида** (Патерсон, 1983). Оценивается значение нескольких факторов, наличие фактора – 1 балл. От суммы зависит тактика:

– 0-2: отправить домой;

– 3-4: пристальное наблюдение;

– 5-6: рекомендовать госпитализацию;

– 7-10: госпитализация (при отказе – принудительная).

Чем выше осознаваемость своего заболевания у шизофреников, тем выше риск суицида.

Тяжесть психического расстройства.

Оценивается клинически и посредством шкал (например, уровень депрессии по опроснику Бека, Гамильтона, тревоги – по шкале Шихана…).

Тяжесть кризисной ситуации учитывает:

- степень зависимости от объекта потери;
- степень погруженности в ситуацию конфликта (затянувшийся конфликт снижает адаптивные возможности организма: долгий суд, вынужденная совместная работа…
- длительность кризиса;
- возможность негативного исхода кризиса.

Наличие социальной поддержки.

Социальная поддержка – это то, что удерживает в жизни, связывает с миром людей. Например, семья, супруга, дети, религия, работа, друзья, общение с животными (особенно рекомендуется общение с лошадьми, собаками), сотрудниками соцслужб.

КРИЗИСНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО: ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ, ТАКТИКА ОБЩЕНИЯ С ПАЦИЕНТОМ, ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДОВ

Кризисное вмешательство включает как медикаментозные, так и немедикаментозные (психотерапию) методы коррекции. Оно проводится непосредственно при наличии медицинских показаний и включает поддерживающее лечение, направленное на профилактику суицида в будущем.

Как проводится кризисное вмешательство? Требуется ответить на ряд вопросов. *I) Как проводить?*

1) Неотложно (здесь и сейчас!).

2) Эмпатично (доброжелательно): следует себя поставить на место пациента, активное слушание, сбор информации, выступаешь «как адвокат, а не как судья».

3) Ни в коем случае не обманывать пациента.

4) Диалог вне моральных оценок ситуации (не стыдить, это грех и т.д.).

5) Избегать патернализма («Я наблюдатель, ты – эпилептик…», таким образом ты не видишь в человеке личность, он закрыт от тебя термином «болезнь»).

6) Следует разделить ответственность, но не решать проблему за пациента.

7) Проявлять нейтральность по отношению к болезни (надо видеть не шизофреника, не его диагноз, а человека).

8) Врачу (психологу) необходимо воспринимать кризис серьезнее пациента.

9) Надо критически относиться к успешности вмешательства (Как с прогнозом погоды: «Дождь обязательно будет, но не ясно когда, завтра или через год…»). Внешняя успешность первого диалога может быть обманчива.

Кризисное вмешательство. *II) Что предпринимать?*

1) Максимально собрать и уточнить информацию о кризисе и ситуации, предшествовавшей суициду, определить внутренний смысл кризиса, что движет человеком (суицида, как и убийства не бывает без мотива).

2) «Выключить» пациента (изолировать) из ситуации стресса (завезти в поликлинику, положить в больницу).

3) Устранить состояние «шока», аффекта (лучше лекарствами, кто-то должен быть постоянно рядом с суицидентом).

4) Внимательно слушать жалобы пациента, можно прямо спрашивать о суицидальных намерениях. Не отговаривать от попытки совершить суицид.

5) Преодолеть исключительность ситуации (сказать, что с подобной проблемой сталкивается очень много людей).

6) Обеспечить психологическую поддержку и активизировать собственные ресурсы человека (надо дать понять пациенту, что медперсонал его поддерживает).

7) Прояснить дальнейшие (если они есть) суицидальные намерения (фантазии, мысли, план суицида).

8) Уточнить наличие иррациональных (неразумных) представлений о смерти: *«Подросток, например, хочет видеть себя в гробу, когда все родственники, обидчики плачут о нем, сожалеют, что довели до такого, хотят просить прощения, но поздно...»* Надо девальвировать эту фантазию, переубедить его: «смерть – это плохо, это разрушение и т.д. Другие иррациональные мысли: 1) Идея «бессмертия» – «Смерти нет, есть бессмертие, жизнь будет продолжаться после смерти». 2) Идея «спасения» – «Я умираю, чтобы кого-то спасти в этой жизни через мою смерть». 3) Идея «слияния» – «Давно хотел слиться с любимой на небесах».

9) Прояснить смысл суицидальных намерений (в чем их смысл, каковы отношения со значимыми людьми, в чем нарушения этих отношений, что вызывают страдание суицидента, в том числе и сексуальные проблемы, кто является «ключевыми персонами», какова дальнейшая модель поведения, цель пациента, следует наладить контакт с родственниками и друзьями пациента – важно узнать, кто именно сможет помочь). **Важно в итоге высказать сомнения, что вряд ли суицид реализует поставленную цель!!!**

10) Разрушить дихотомию мышления («либо смерть, либо жизнь» – у суицидента характерно уменьшение числа идей в когнитивной сфере). Прояснить в чем основная дихотомия, построить континуум между «все» и «ничего». Скажи – существует не только 2 альтернативных варианта, их больше, назови парочку. Помоги в поиске альтернативы смерти.

11) Проясни степень безнадежности, укажи, что не все потеряно (Скажи – безнадежность, как и депрессия, это симптом, а не реальность).

12) Девальвируй значимость проблемы (умер не ты, а умерла только часть тебя, остальная часть хочет жить и видеть жизнь во всех красках). Стимулируй активность человека (акцент на простые действия, которые пациент сделает успешно).

13) Обрати пациента к его прошлому, к опыту удачного решения таких же или других проблем.

14) Предложи план терапевтических мероприятий (это продлит жизнь на пару дней, скажем пройти анализы, электроэнцефалограмму, консультацию опытного специалиста…).

15) Аппелируй к **антисуицидальным факторам:**

- *любовь к близким;*
- *родительские обязанности;*
- *незавершенные дела;*
- *представление о греховности самоубийства.*

16) Заключи «антисуицидальный контракт»: можно на бумаге, обязательства врача, обязательства пациента, «Я делаю то-то… Вы не совершаете суицида…». Идея – при улучшении состояния пациента контракт теряет силу.

17) Разработать ясный план действий (что будет делать пациент после консультации специалиста).

18) В конце беседы следует проиграть поведение человека в будущей кризисной ситуации или в неразрешенной настоящей.

19) При лечении больных с суицидальным поведением не следует назначать токсичных медикаментов, не давать большие количества медпрепаратов, обязательно – контроль родственников.

ВОЗ также рекомендует меры по профилактике суицидов:

- *наглухо закрывать выходы на крыши высотных зданий;*
- *максимально закрывать проходы к рельсам на станциях метро;*
- *запретить продажу оружия населению;*
- *упорядочить продажу и реализацию сильнодействующих медпрепаратов.*

Таким образом, суицидальное поведение представляет собой сложный феномен, связанный с многими факторами социальной, психологической и биологической природы. С точки зрения социологии, суицид – устойчивое явление, связанное с социально-демографическими и экономическими процессами в обществе. С точки зрения здравоохранения, суицид-индикатор психического здоровья нации. С точки зрения психологии, суицид-проявление

личностного кризиса. Сложность явления предполагает необходимость комплексного подхода к его профилактике и терапии.

Уменьшению риска самоубийства способствует проведение ряда организационных и психотерапевтических мероприятий:

- тщательный медико-психологический отбор лиц для работы в условиях хронического психо-эмоционального напряжения;
- использование людей с учетом их психологических особенностей, установок и состояния их нервно-психического здоровья;
- формирование сплоченных коллективов – мощного фактора профилактики самоубийств (*«Доброе братство – милее богатства»*);
- своевременное разрешение конфликтных ситуаций в семье, на работе и в быту;
- обучение простейшим приемам по снятию последствий психо-эмоционального напряжения, правильной оценке личности в обществе в плане самореализации;
- культивирование здорового образа жизни, отказ от алкоголя и наркотиков;
- раннее выявление лиц с психической неустойчивостью, отнесение их к группе «риска» с последующим динамическим наблюдением;
- обследование и лечение в соответствии с медпоказаниями.
- применение адаптированных образовательных программ, повышающих информированность «группы потенциальных самоубийц» о факторах риска суицида, профилактике и диагностике суицидального кризиса и суицидальной опасности, применение алгоритма кризисного вмешательства;
- работа с родными и близкими лиц, страдающих расстройствами, связанными с высоким риском суицидального поведения;
- повышение освещенности и открытости темы суицидов с целью формирования адекватных, лишенных «романтической ауры» общественных представлений о суицидальных действиях;
- приобщение людей к вере, религии – мощному протектору профилактики самоубийств.

И хотя в нашей жизни присутствует некий момент фатальности, как писал в одном из своих стихотворений **Анатолий Смоляр**, обращаясь образно к близкому человеку,

«Не исчезай из жизни навсегда,
Не так уж часто жить нам выпадает,
И шанса своего не упускает
Рука костлявой Дамы никогда».

нам, ныне живущим, надлежит говорить о смерти, думая о жизни, о ее ярких красках, высоких целях, социальном предназначении каждого из нас, ибо без любви к жизни, к себе самому и своим близким, людям, составляющим твое социальное окружение, все становится бессмысленным, серым и ненужным.

Лекция № 15
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Вопросы:

1. История развития взглядов на взаимосвязь «психического» и «соматического».

2. Термин «психосоматические расстройства». Психосоматические взаимовлияния в развитии болезни. Модели формирования психосоматических расстройств.

3. Различные подходы к классификации психосоматических расстройств.

4. Особенности протекания психосоматических расстройств у детей.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ВЗГЛЯДОВ НА ВЗАИМОСВЯЗЬ «ПСИХИЧЕСКОГО» И «СОМАТИЧЕСКОГО»

Психосоматические соотношения это проблема не сегодняшнего дня и не только медицинская и социальная проблема. В широком смысле этого слова – это **проблема существования человека.** Известно, что жизнерадостные люди, оптимисты, брызжущие весельем, юмористически оценивающие жизненные ситуации, меньше болеют и дольше живут. Неоспоримо, что раны у воинов заживают быстрее, если их воодушевляют благородные величественные идеи, сопровождаемые подъемом настроения.

По существу, психосоматические расстройства – это большой круг психических расстройств, объединяющий в себе соматические (телесные) нарушения. В генезе психосоматических нарушений велика роль эмоций, настроения. Депрессия является одним из основных факторов развития психосоматических расстройств. Радость в развитии этих нарушений не актуальна. Пожалуй, только в художественной литературе приводятся случаи радости со смертельным исходом. У А.С. Пушкина, например, есть такое: *«Восхищения не снесла и к обедне умерла».*

Реакцией личности на стресс могут быть невротические расстройства, при которых преобладают психологические или психопатологические проявления, и психосоматические расстройства, которые проявляются **«соматическими эквивалентами»** психических расстройств. Эти группы демонстрируют различные способы переработки внутриличностного конфликта: ***психический и соматический***. Первый может быть как при остром, так и при хроническом

стрессе, второй – чаще при хроническом. Главное в этом выборе – какой путь переработки конфликта человеку ближе, с учетом его индивидуально-психологических свойств. По данным E. Stromgren и V. Lunn, не менее 30,0% лиц, обратившихся в поликлиники и стационары с соматическими жалобами, имеют невротические симптомы, а 22,0% лиц с жалобами психосоматического характера отнимают до 50,0% рабочего времени врача.

Психосоматические расстройства имеют свою историю. Еще в Месопотамии применялось психологическое воздействие в «магическом оформлении» для лечения больных. Маги, колдуны, знахари использовали особенности личности, воздействуя на нее психологически, помогали избавляться от недугов. Историк медицины H.E. Sigerist (1951) считает, что медицина Месопотамии была психосоматической во всех проявлениях.

История психосоматики восходит к **Аристотелю** и **Гиппократу.** Именно Гиппократ (IV – V в.в. до н.э.) как бы объединял психическое и соматическое, прямо не говоря об этом, в своих трудах. В частности, говоря о меланхолии, он указывал: *«меланхолики страдают не только плохим настроением, но и испытывают боли в животе, как будто их колют тысячами иголок».*

Позже **Цицерон** (I век до н.э.) говорил, что физическое здоровье может находиться под влиянием эмоциональных проявлений. Вследствие этого Цицерона называют «первым психосоматиком».

В последующем **Авиценна** (XI век до н.э.) использовал психологический подход в лечении больных. Он описал болезни, обусловленные движениями души, т.е. психосоматические заболевания, связанные с теми или иными душевными проявлениями.

В XVII в. **Э. Штааль** провозгласил, что *«излечение тела зависит единственное от души»*. Он попытался обобщить психогенные реакции в их влиянии на всю медицинскую практику.

Примерно в это же время, **Б. Спиноза** в своем труде «О происхождении и природе аффектов» подчеркнул единство телесного и эмоционального, т.е. единство расстройств настроения и телесных изменений.

Все описанное выше относят к домедицинским исследованиям. Позже, в начале XIX в., в решением проблемы отношения души и тела занялись врачи. В Германии возникли споры о том, что приоритетно: душа или тело. На базе дуализма Декарта немецкие врачи разделились на «психиков» и «соматиков». В это время, в 1818 г., **Хайнрот,** предводитель «психиков», ввел в медицинскую практику термин **«психосоматика»,** а несколько позже в 1822 г., **Якоби,** представитель «соматиков», предложил термин **«соматопсихика»**. Возникшая борьба закончилась победой соматиков.

Дальнейшее изучение влияния психических расстройств на организм продолжилось уже не в медицине, а в психологии. Психологи того времени активно изучали эмоции и то, как они влияют на психические (память, внимание, формирование представлений и т.д.) и физические процессы. **У. Джеймс** и

Н. Ланге считали, что за впечатлением следует телесная реакция, а уже потом – эмоции. В противовес им, другие психологи выдвигали обратный тезис: впечатление (воздействие) > эмоции > телесные изменения. Психологи обратили внимание, что часто эмоции сопровождаются теми или иными телесными (соматическими) нарушениями. Так, положительные эмоции способствовали выздоровлению, повышая сопротивляемость организма. Отрицательные – снижали сопротивляемость организма, ускоряли возникновение заболевания, утяжеляли его прогноз.

Психиатры же, в частности психоаналитики, рассматривали роль эмоций с точки зрения отрицательного их влияния на физическое состояние организма. В основе их взглядов была работа **З. Фрейда** (1924) ***«Печаль и меланхолия»***, в которой описывались психогенные депрессивные состояния. Еще в одной работе **З. Фрейда**, совместной с **Й. Брейером**, ***«Исследование истерии»*** (1895) обосновывалась конверсия (перенос) психического в соматическое (телесное). Уже тогда было известно, что истерия отличается конверсионным характером расстройств и часто представлена двигательными, нарушениями, имеющую психическую подоплеку.

Психоаналитики указывали, что в основе соматических нарушений лежат эмоциональные нарушения. В частности, **Ф. Александер** со своими сотрудниками в Чикагском институте психоанализа, занимаясь проблемой психосоматики, описали несколько *«стереотипов реакции личности»* на различные события, с развитием соответствующих соматических заболеваний.

Позже, психоаналитик **F. Dunbar** (1954) даже выдвинула теорию возникновения психосоматических расстройств, выделив *11 типов личности,* предрасположенных к определенному телесному «дефекту» (язвенный, сердечный, артрический и др.).

Еще одна теория возникновения психосоматических расстройств – это теория акцентуации личности **К. Леонгарда** (1981) и **А.Е. Личко** (1983), позволившая понять связь между изменениями личности и соматическими нарушениями.

Существует также теория ***«утраты значимых для индивида объектов»*** (**H. Freyberger**, 1976), которая подчеркивала роль психотравмы в генезе соматических расстройств. Таким событием могли быть потеря родственника, близкого человека, защитника, любимого человека. Эта массивная психотравма оказывала сильное влияние на личность, способствовала возникновению отрицательных эмоций и, соответственно, психосоматических расстройств.

Теория ***«десоматизации»*** объясняет возникновение психосоматических нарушений применительно к детскому возрасту (**M. Shur**, 1953). В раннем детстве ребенок на психотравмирующее воздействие чаще реагирует соматически за счет недостаточности «Я», а с возрастом роль «Я» возрастает и у взрослого соматовегетативное реагирование встречается реже. Здесь речь идет об «изживании» отрицательных эмоциональных проявлений в виде соматических

расстройств в ходе индивидуального развития (онтогенеза). Обратная картина связана с теорией **«ресоматизации».** При «ресоматизации» нарушения индивидуального развития (психосоциального, органического, генетического) способствуют возврату на более ранний тип реагирования (взрослый реагирует как маленький ребенок – капризничает, требует неположенного), что часто приводит к соматическим расстройствам.

В последнее время получила развитие теория ***алекситимии*** (**P. Sifneos**, 1973). Это теория «недостаточной вербализации эмоций». Больные, страдающие психосоматическими расстройствами, не могут полно описать свои эмоциональные состояния и проявления болезни. Чаще всего психосоматические нарушения связывают с депрессией, которая сопровождается замедленностью мышления. При депрессии осмысление тех или иных фактов, событий, переживаний может быть несколько (не грубо) затруднено. Больной может описывать свои ощущения недостаточно полно.

Наряду с работами психологов и психиатров (психоаналитиков) в разработку проблемы психосоматозов внесли физиологи, нейрофизиологи, невропатологи и вегетологи. Примерно в одно время, параллельно с разработками психологов, изучавших эмоциональную жизнь, велись работы, подводившие физиологическую базу под эмоциональные проявления. **И.П. Павлов** на основе теории рефлексов **И.М. Сеченова** описал центральную регуляцию работы пищеварительной, сердечно-сосудистой систем. Что касается эмоций и их «физиологического оформления», то И.П. Павлов, выступая в 1935 г. в одном из институтов, подчеркивал *«наша задача – переводить язык психогений на язык физиологии».* В дальнейшем физиологи установили, что в подкорковых образованиях (гипоталамусе, лимбической системе и др.) формируются эмоции и регулируется эмоциональное поведение человека. В работах **К.М. Быкова**, проводившего эксперименты с собаками, была показана роль ЦНС в формировании язвы желудка и двенадцатиперстной кишки у животных.

В. Кеннон в начале века в опытах на животных описал физиологию эмоций, в частности, он отметил учащение сердцебиения, выделение адреналина у собак, испытывающих страх. Им указывалось на повышение у них уровня сахара в крови, повышение артериального давления в экстремальных ситуациях.

Многие европейские невропатологи [**П. Жане** (1912), **И. Дежерин**, **Е. Гоклер** (1912), **П. Дюбуа** (1912)] описывали невротические состояния в *«соматическом оформлении».*

Уже в первых учебниках по психиатрии конца XIX и начала XX в. соматические симптомы часто отмечались в структуре тяжелых психических заболеваний. Впервые стали определенно связывать соматические расстройства с психическими нарушениями при разработке проблемы маниакально-депрессивного психоза (МДП). Так, была описана **триада Протопопова**: сердцебиение, расширение зрачков и склонность к запорам, что фактически являлось признаками повышенного тонуса симпатической нервной системы.

К взаимовлияниям психического и телесного в организме прямое отношение имеет теория **гомеостаза** (сбалансированного воздействия на организм двух отделов вегетативной нервной системы: симпатического и парасимпатического). Она основывалась на срединном положении нормально функционирующего организма между этими системами. *«Организм всегда стремится к середине, но никогда практически ее не достигает».* Большую роль в восстановлении гомеостаза и регуляции внутренних органов играет соотношение ***«сон – бодрствование»***. Сон – единственная возможность восстановления гомеостаза. Во сне организм налаживает разрушенные связи, восстанавливает нормальное функционирование.

Некоторые ученые, касаясь взаимодействия психического и соматического, высказывали мнение, что психическое воздействие прямо влияет на телесное нарушение. Вегетолог **А.М. Вейн** (1991) предложил трехчленную схему формирования психосоматических расстройств: *психическое воздействие → эндокринная и вегетативная системы → функциональные нарушения.* Этому способствовала теория адаптационного синдрома **Г. Селье**: *стресс → эндокринная система → функциональные нарушения.*

Ю.В. Каннабих (1914) высказал мысль, что многие соматические симптомы, наряду с психическими, являются проявлением одного и того же патологического процесса (психосоматоза). Ученый писал: *«Позволительно высказать гипотезу, что многие случаи истерических головных болей должны быть отнесены к категории слабо выраженных депрессий».* Интернист **Д.Д. Плетнев** (1927) описал язвенную болезнь как проявление циклотимии («редуцированного» биполярного расстройства – МДП) и утверждал, что по одним соматическим симптомам можно судить о психических нарушениях. В последующем также была описана **«ритмическая гипертермия»** как проявление соматической циклотимии, получившая название **«невроз ритма»**, **«термоневроз»**.

Многие исследования психиатров посвящены маскированной (скрытой, ларвированной, соматизированной) депрессии. Ее называют еще «депрессия без депрессии». Суть ее – телесно-вегетативные нарушения маскируют эмоциональную патологию. Установлена следующая закономерность *«чем слабее выражен депрессивный компонент, тем массивней телесная симптоматика».*

При изучении проблемы психосоматики психоаналитики, в основном, учитывали личностные особенности пациентов. Вместе с тем **I.A. Mirsky** ввел понятие **«Х-фактор»**, который, наряду с личностными особенностями, способствует возникновению нарушений в той или иной (определенной) системе. **S. Wolf** (1956) считал, что существует генетически обусловленное изменение клеток и тканей, которые реагируют своеобразно на психотравму, что может привести к психосоматическому расстройству.

В 1970 г. в **Базеле** состоялся **6-й семинар ВОЗ** (Базель, 1970) по вопросам диагностики, номенклатуры и классификации психических заболеваний, который подвел итоги изучения роли психических расстройств в возникновении

соматических заболеваний. Как основной вариант психосоматических расстройств он выделил ***«психофизиологическое сопровождение эмоций»***. Было указано, что эмоции имеют двойное выражение: **психологическое** (состояние удовольствия – неудовольствия, хорошее – плохое настроение) и **вегетативное,** которое играет важную роль энергетического обеспечения жизнедеятельности.

В первой отечественной монографии, посвященной психосоматическим расстройствам, **В.Д. Тополянского и М.В. Струковской (1986)**, прямо подчеркивается роль эмоций, вернее, депрессии, в возникновении психосоматических расстройств, описываются психосоматические нарушения в соответствии с **локализационным принципом**, т.е. по различным органам и системам.

Таким образом, история разработки психосоматических расстройств показала, что они являются расстройствами функций органов и систем, обусловленных психическими (сильно эмоциональными) нарушениями.

ТЕРМИН «ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА». ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ВЗАИМОВЛИЯНИЯ В РАЗВИТИИ БОЛЕЗНИ. МОДЕЛИ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Наиболее часто в нашей стране используется следующая формулировка *«**Психосоматические расстройства** – расстройства функций органов и систем, обусловленные воздействием психотравмирующих факторов»*, которая дана для определения психогенно обусловленных состояний.

По более современной трактовке – ***психосоматические расстройства*** *– симптомы и синдромы нарушения соматической сферы (различных органов и систем), обусловленные индивидуально-психологическими особенностями человека и связанные со стереотипами его поведения, реакциями на стресс и способами переработки внутриличностного конфликта* (В.Д. Менделевич, 2001).

Теоретики православной психиатрии считают, что ***психосоматические расстройства*** *– это соматические проявления греха.*

Сегодня психосоматические заболевания считаются разновидностью психосоматических расстройств. Попытка дать определение психосоматическим заболеваниям была впервые предпринята еще психоаналитиками. В частности, **S.L. Halliday,** в 1943 году указывал: *«**Психосоматическим заболеванием** следует считать такое, природа которого может быть понята только из установления несомненного влияния эмоционального фактора на физическое состояние».*

В.И. Гарбузов (1992) характеризовал их более лаконично: *«**Психосоматические заболевания** – это болезни души и тела».*

Согласно определению **Д.А. Уинтера** *психосоматическим* считается *заболевание,* которое:

1) носит функциональный, а не структурный характер, хотя впоследствии оно может стать причиной структурных изменений в организме;

2) вызывается неадекватным стимулом;

3) представляет собой неадекватную реакцию организма на этот стимул (чаще всего завышенную);

4) зарождается в прошлом в момент происшествия, вызвавшим крайне болезненные чувства;

5) основывается на механизме фиксированных реакций (реакция организма на стимул всегда неизменна, т.е. в ответ на психическую травму могут повторяться функциональные изменения в одной из систем);

6) характеризуется временным сдвигом сознания (система координат «здесь и сейчас» отходит на второй план, больной, в определенной степени живет собственным прошлым).

Нередко эти больные вспоминают психотравмирующие ситуации из прошлого и их реакция на отрицательные воспоминания такая же, как и на неприятность произошедшую в настоящее время. Такая система изживания аффектов направлена против людей. Они вспоминают неприятное, чтобы изжить его и больше не повторять, а получается, что в который уже раз сами себе наносят психотравму.

Психосоматические взаимовлияния, так же как психосоматические болезни, *представляют собой объективную реальность*. Поэтому необходимо правильно понять их механизмы, многие из которых не раскрыты наукой до сих пор. Эксперименты на животных позволяют приблизиться к пониманию сущности расстройств, возникающих в результате таких влияний.

Портер с сотрудниками проследил роль «психического напряжения» в опыте на обезьянах. Их попарно закрепляли в креслах с таким расчетом, чтобы «активная» обезьяна из каждой пары нажимала на специальный рычаг, что позволяло ей устранять повторяющийся электрический разряд, который одновременно раздражал как ее собственную ступню, так и ступню напарницы. Опыт продолжался круглосуточно по 6 часов с паузой такой же продолжительности.

«Активная» обезьяна быстро адаптировалась к условиям опыта и в результате умело избегала действия электрического разряда, своевременно нажимая на рычаг. В связи с этим, однако, в ее нервной деятельности нарастало и удерживалось сильное напряжение. В то же время у *«пассивного» напарника* признаков такого напряжения установить не удалось. Непрерывный трехнедельный эксперимент привел к тому, что у двух «активных» обезьян возникла язва двенадцатиперстной кишки, которая в одном случае подверглась прободению, что привело к смерти. У их партнеров по парам никакой патологии не было выявлено.

Широкую известность приобрели аналогичные наблюдения, выполненные в опытных условиях для уточнения значения *«психического перенапряжения» в происхождении артериальной гипертензии.*

Для этого в Сухумском обезьяньем питомнике самку, до того длительно проживавшую в одной клетке с самцом, пересадили в соседнюю клетку. Затем к ней подсадили другого самца, который начал активно ухаживать за ней на глазах у ее бывшего «супруга». Длительное яростное «возмущение» последнего привело к резкому стойкому нервному перенапряжению, а вскоре – и к значительному повышению артериального давления.

Клинические наблюдения, которые послужили крупнейшему советскому терапевту ***Г.Ф. Лангу*** (1875 – 1948) основанием для утверждения значения психического перенапряжения, угнетения психики в патогенезе грудной жабы (стенокардии) и гипертонической болезни («кардиалгический невроз», по Г.Ф. Лангу), нашли экспериментальное подтверждение на разных опытных моделях.

Другой крупнейший советский клиницист – ***А.Л. Мясников*** (1899 – 1965) намеренно называл гипертоническую болезнь «неврозом мозговых сосудистых центров», желая тем самым подчеркнуть ее центральное, кортикальное, психогенное происхождение.

Современные физиологические исследования и наблюдения на людях позволяют детально проследить некоторые *формы психосоматических влияний*, которые, в частности, были широко обсуждены на симпозиуме по проблеме «Общество, стресс и болезнь», проведенном ВОЗ в 1970 г. в Стокгольме.

Сложные жизненные ситуации и соответствующие им переживания человека могут существенно изменять *функцию желудка*. Страх, массивные психические потрясения, депрессивные переживания приводят к его гипофункции; наоборот, возмущение, гнев чрезмерно усиливают деятельность желудка.

На больных, которым была наложена фистула желудка, изучали изменения, происходящие в слизистой оболочке его при нарушениях психики испытуемых. Оказалось, что в состоянии массивного разочарования и подавления душевных конфликтов повышение активности деятельности желудка сопровождается покраснением (гиперемией) и отеком слизистой оболочки. Если такие состояния задерживаются на длительный срок, то ломкость тканевых мембран возрастает, а повторные, даже незначительные, психические травмы приводят к появлению эрозий слизистой оболочки и точечных кровоизлияний.

Особенно быстро и тонко реагирует на конфликтные ситуации ***толстый кишечник***. Давно известная в простонародье «медвежья болезнь» – понос в острых, жизненно опасных обстоятельствах – получает в настоящее время научное объяснение. В состояниях острого страха и при конфликтах происходит чрезмерное усиление двигательной активности кишки, нижний участок ее приобретает форму короткой, узкой плотной трубки. В связи с этим ограничивается всасывание воды из кишечника, а переполнение его жидким содержимым вызывает позывы на опорожнение. В итоге – *понос*.

При длительном стойком снижении настроения (например, при депрессии) чрезмерное всасывание воды приводит к снижению двигательной активности кишки, обезвоживанию ее содержимого и как следствие – к запорам. Еще в начале 20-х гг. на основании клинических наблюдений на это указывал советский психиатр ***В.П. Протопопов.***

В опытах на собаках была установлена зависимость изменений функции ***почек***, в частности мочеотделения, от состояния «психического напряжения» животных.

Из клинической практики известны изменения при душевных волнениях частоты пульса, артериального давления, частоты и объема дыхания, скорости кровотока, интенсивности потоотделения и многих других ***вегетативных реакций***.

Не менее убедительны значительные нарушения ***обмена веществ***, особенно секреции адреналина, и связанные с этим изменения обмена тирозина и его производных, имеющие то преходящий, то резко выраженный стойкий характер.

В результате новых исследований удалось установить ***связь между особенностями характера, типами личностного реагирования и метаболизмом биологически активных веществ*** – иными словами, между явлениями психическими и соматическими, идеальными и обеспечивающими их материальными, социальными и биологическими, как у практически здоровых лиц, так и при нервно-психических расстройствах. Ситуация психического напряжения вызывает нарушение метаболизма нейромедиаторов.

Психосоматические взаимовлияния иногда властно преображают привычную деятельность человека, вступая в противоборство даже с ***инстинктом самосохранения***. Приведем несколько примеров:

Французский врач ***Лобри*** *описал крупного военачальника, который повел в атаку часть, и в это время у него неожиданно наступил приступ сердечной боли. Несмотря на прямую опасность погибнуть от пули и снарядов противника под шквальным обстрелом, он остановился и застыл, пока не прошел приступ и боль не отступила.*

Кеннон *наблюдал в Центральной Африке племя, которое на протяжении многих поколений существовало изолированно. В связи с этим между членами его традиционно сложилась такая сила привязанности, что самым страшным наказанием оказывалось отлучение от племени. Оно становилось такой катастрофой для психики отреченных, что все они через несколько дней погибали без каких бы то ни было признаков насилия со стороны. Кеннон назвал эту смерть по имени племени «смертью вуду» и считал, что в основе ее лежит катастрофическая перестройка жизнедеятельности, гибельная для организма, причиной которой служит страх последствий отлучения – изоляции, гибельного одиночества.*

Сила творческого воображения настолько велика, что может приводить к сложнейшим телесным изменениям, отчетливо фиксируемым и точно идентифицируемым воображением человека. Известно, как французский писатель ***Флобер*** в пылу творческого вдохновения, охваченный описанием отравления героини своего романа мышьяком, так ярко вообразил появление признаков отравления, что многие из них возникли у него самого.

Таким образом, эти факты не только убедительно подтверждают существование психосоматических и соматопсихических влияний, но и приближают нас к познанию сложных закономерностей, лежащих в их основе.

Существует несколько моделей формирования психосоматических расстройств: а) психофизиологическая, б) психодинамическая, в) системно-теоретическая, г) социопсихосоматическая.

Психофизиологическая – основоположник **И.П. Павлов**. Безусловные рефлексы являются врожденными, соответствуют инстинктам и побуждениям. Условные – формируются при научении, с целью адаптации к окружающему миру. Далее **Cannon** обнаружил, что экстремальные ситуации готовят организм к «борьбе или бегству». По нему, человек постоянно находится в готовности переживания, которая позволяет распознать ему определенные события как экстремальные, при этом не важно – истинно или ложно истолкование значения события. Эта готовность к переживанию превращается в готовность к физическим действиям. Основываясь на данных Cannon, **Selye** описал патогенез стресса, введя понятие **адаптационного синдрома** – неспецифической реакции организма из 3-х фаз: тревога-сопротивление-истощение > соматические изменения.

Психодинамическая – отправная точка психосоматики – описанные **З. Фрейдом** (S. Freud) конверсионные синдромы при истерии (слепота, глухота, двигательные нарушения). Основываясь на этом, Alexander предложил термин «вегетативный невроз» – это физиологическое сопровождение различных эмоциональных состояний. По нему – *«специфичность клинических проявлений надо искать в конфликтной ситуации»*. Sifneos описал ***алекситимию*** – неспособность человека к эмоциональному резонансу. Психосоматические пациенты значительно отличаются от невротиков, которые готовы «выговариться» о своих проблемах. Для психосоматиков характерно обеднение словарного запаса и неспособность вербализировать конфликты. N. Peseschkian трактует психосоматические симптомы как *«способность говорить языком органов о том, что в настоящий момент нет других средств справиться с конфликтом».*

Системно-теоретическая – человек – это открытая система в ряду других систем (иерархия систем). В системе – уровни организма: физиологический, когнитивный, эмоциональный и трансактный. Изменения на одном уровне – это стимулятор другого уровня, вызывая тем самым соматические расстройства.

Социопсихосоматическая – понятие «социопсихосоматика» ввел Schaefer. Психосоматические расстройства – следствия неправильного развития отношений между индивидом и социальными структурами, в которые он включен. Как показали исследования, *соматические проявления психогенных расстройств* наиболее часто возникают *у определенного типа личностей*: прямолинейных и ригидных, бескомпромиссных, следующих формально «долгу и правилам», не умеющих проявлять гибкость и дифференцировать ситуации, особенно будущие. Наряду с указанными качествами им свойственна *чрезмерно аффективная заряженность переживаний.*

РАЗЛИЧНЫЕ ПОДХОДЫ К КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Все психосоматические расстройства изначально рассматривались на основе **локализационного принципа**, введенного еще **E. Dupre** в 1925 г. (анатомо-физиологический принцип).

Классифицируя соматические проявления при депрессиях у взрослых, **Т.А. Невзорова и др**. (1964) выделяли их по локализации: кардиалгический, гастралгический, диэнцефальный синдромы, синдром дискинезии кишечника.

В.Ф. Десятников, Т.Т. Сорокина (1981) в своей монографии *«Скрытая депрессия в практике врачей»* выделяют 4 большие группы соматических «масок» скрытой депрессии:

1. Алгические проявления (психосоматические расстройства в виде болевых проявлений в животе, сердце, голове или в различных частях тела).

2. Агрипнические расстройства (нарушения сна в виде раннего подъема с невозможностью уснуть). Эти нарушения сна никакими транквилизаторами устранить невозможно. Лечение же антидепрессантами эффективно.

3. Диэнцефальные, вегето-висцеральные расстройства (вазомоторно-аллергические, псевдоастматические и т.д.).

4. Наркоманические расстройства. Довольно часто в основе алкогольной и наркотической зависимости лежит слабо выраженная депрессия, нередко с теми или иными соматическими нарушениями.

Классифицируя психосоматические расстройства, некоторые исследователи разделяют их на **психогенные, психофизиологические и соматопсихические** психосоматические категории. При психогенных заболеваниях (сюда относят истерию, ипохондрию, булимию) наблюдаются относительно выраженные нарушения функций органов и систем. Психофизиологические симптомы – это всего лишь физиологические проявления аффекта. Большинство же психосоматических заболеваний относятся к категории соматопсихических – психосоматических синдромов.

H. Zimprich (1984) предложил выделить психосоматические реакции, функциональные нарушения и психосоматические заболевания с органичес-

кой манифестацией, т.е. специфические психосоматозы (колит, язва желудка и сахарный диабет). Эти расстройства часто возникает остро. Поясним на примере:

Известны случаи, когда дети в ответ на помещение их в детский сад, ясли давали выраженные аффективные (психосоматические) реакции. Так, у одного ребенка, которого определили в детсад и в тот же день увезли за город, т.е. лишили матери, в течение 3-х дней развился сахарный диабет. И на 4 день, когда приехала мать, он был уже в состоянии комы.

Некоторые исследователи предлагают подразделять психосоматические расстройства с учетом их выраженности: **психосоматические реакции, психофизиологические (психосоматические) состояния и психосоматические заболевания.**

По В.Д. Менделевичу (2001), **психосоматическая медицина включает 3 группы психосоматических расстройств:**

• *конверсионные симптомы* (невротический конфликт получает вторичный соматический ответ, симптом носит символический характер, его демонстрация – попытка разрешения конфликта);

• *функциональные синдромы* (органные синдромы) – это набор симптомов, затрагивающий различные системы органов:

– «неврозы сердца», гиперкинетический сердечный синдром, пароксизмальные суправентрикулярные тахикардии, синдром вегетативно-сосудистой дистонии;
– нарушение цикла «сон-бодрствование»: гиперсомния – длительная спячка после аффекта, агрипния – бессоница *(наиболее длительный случай истерической гиперсомнии – 164 дня, наблюдал Gairdner)*;
– нарушения терморегуляции (например, субфебрилитет);
– гипервентиляционный синдром (учащение и углубление дыхания + чувство нехватки воздуха);
– кашель в форме «закатывания» – надрывность кашля, чувство неудовлетворенности кашлем, может проявляться «подкашливаниями» – своеобразными двигательными актами, целью которых является устранение дискомфорта в горле («снятия пленки или слизи»);
– невротический дыхательный синдром (часто дыхание прерывается углубленными вдохами, удлиненными шумными выдохами, невозможность вдохнуть полной грудью – «дыхательный корсет»), «дыхание вздохами»;
– желудочно-кишечный тракт: функциональные симптомы – аэрофагия (заглатывание воздуха, а затем громкое его отрыгивание); метеоризм (бурление и урчание в животе); запоры и диарея и нарушения пищевого поведения – анорексия (исчезновение аппетита в силу эмоциональных

переживаний и психологических причин) и булимия (приступы голода и переедания);
– функциональные симптомы мочеполовой системы: психогенная импотенция, аноргазмия (утрата способности испытывать удовлетворение при сексуальном взаимодействии), вагинизм (спастическое сокращение мышц влагалища при подготовке к коитальному контакту или гинекологическому обследованию), диспареуния (появление болевых или иных неприятных ощущений во время коитального контакта), преждевременная эякуляция.

Отдельными симптомами функциональных психосоматических расстройств считаются болевой синдром (если нет других факторов нет) и зуд.

• *психосоматические заболевания* (психосоматозы). В узком смысле – это соматические заболевания, роль в возникновении и развитии которых психического фактора существенна или она главенствует. Классические психосоматические заболевания – **«святая семерка» (holy seven):** эссенциальная гипертония, язвенная болезнь 12 перстной кишки, сахарный диабет, бронхиальная астма, нейродермит, ревматоидный артрит, язвенный колит. Близки по возникновению к ним – гипертиреоз, миома матки, ИБС.

Психосоматические расстройства – **нозологически неспецифичны**, т.е. они могут встречаться при различных заболеваниях. Соответственно, у больных при слабой выраженности эмоциональных расстройств, особенно в структуре различных психических заболеваний, могут возникнуть психосоматические расстройства. Сложность положения заключается в том, что при наличии психосоматических расстройств больные обращаются не к тем врачам, не к тем специалистам, которые могут их вылечить.

В литературе был описан один больной, который нанес убыток в 7 миллионов фунтов стерлингов государственному здравоохранению Великобритании. Он безрезультатно обследовался и лечился во многих клиниках за счет государства, и только когда выяснили, что он страдает скрытой депрессией, ему смогли провести эффективное лечение.

По данным различных исследователей, среди взрослых пациентов, обращающихся к интернистам, число больных с психосоматическими расстройствами или с психогенно обусловленными соматическими заболеваниями, составляет от 34,0 до 60,0%. По распространенности психосоматические расстройства уступают только ОРВИ. По данным ВОЗ, один раз в жизни каждый человек испытывает депрессию и чаще это слабо выраженные депрессивные расстройства, которые, как правило, сопровождаются вегетативными (соматическими) нарушениями.

По мнению **П.К. Анохина** (1965), одной из ошибок современной медицины является то, что внимание врачей чаще сосредоточено на заключительной фазе болезни, когда суммируется до размеров заболевания все то, что пережи-

вает человек на протяжении всей своей жизни: отрицательные эмоции, конфликты, утомление и др. Человек доводит себя до какого-то соматического расстройства, которое с течением времени приобретает органический характер.

ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

Что же характерно для психосоматических расстройств у детей?

1. Чаще всего эти расстройства поражают не один орган, не одну систему, а, как правило, **несколько органов и систем** – от 2 до 5 (в 80%).

2. У большинства детей **чаще** отмечаются **психосоматические состояния**, относительно **редко встречаются психосоматические реакции** (20%), которые кратковременны и плохо фиксируются *(например, у ребенка боли в животе, а при ультразвуковом исследовании данные о каких-либо изменениях органов отсутствуют)*. Эти функциональные нарушения всегда обратимы *(у 90% детей боли в животе имеют психогенный (психосоматический) характер)*.

3. **Редко** отмечаются **выраженные реакции**, приводящие к психосоматическим заболеваниям, например, к тотальной алопеции.

4. Психосоматические расстройства **чаще встречаются у девочек, чем у мальчиков**: соотношение – 1,5 : 1,0.

5. Психосоматические состояния характеризуются **большей протяженностью во времени**, те или иные функциональные нарушения длятся от нескольких дней до нескольких лет.

6. Психосоматические заболевания, встречающиеся примерно у **14,0-15,0%** детей (например, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, которая отмечается у детей после 12 лет).

Лекция № 16
НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ

Вопросы:

1. Представление о взаимосвязи психики и мозга в современной нейропсихологии. Высшие психические функции. Функциональные блоки мозга.

2. «Нейропсихологический фактор» и синдромальный подход в нейропсихологии.

3. Принципы и методы нейропсихологической диагностики.

4. Нейропсихологические исследования и реабилитация в психиатрии.

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ВЗАИМОСВЯЗИ ПСИХИКИ И МОЗГА В СОВРЕМЕННОЙ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ. ВЫСШИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ БЛОКИ МОЗГА

Высшие психические функции человека? Что это? Что отличает нас от других представителей животного мира?

«Паук совершает операции, напоминающие операции ткача, и пчела, постройкой своих сотовых ячеек, посрамляет некоторых людей-архитекторов. Но и самый плохой архитектор от наилучшей пчелы с самого начала отличается тем, что прежде чем строить ячейку из воска, он уже построил ее в голове. В конце процесса труда получается результат, который уже в начале этого процесса имелся в представлении человека, т.е. идеально. Человек не только изменяет форму того, что дано природой; в том, что дано природой, он осуществляет вместе с тем и ***свою сознательную цель****, которая как закон определяет способ и характер его действий и которой он должен подчинить свою волю* (**Маркс**, **К. Капитал**. – Том I. – С. 189).

В понятийном аппарате нейропсихологии выделяют 2 класса понятий: первые вошли в нее из общей психологии, вторые – сформировались в ней самой. Среди понятий первого класса центральное место занимает понятие «высшие психические функции» *(по А.Р. Лурия и Л.С. Выготскому они – основная психическая реальность, которую и следует сопоставлять с работой мозга).* Принципы соотношения психики и мозга были сформулированы **А.Р. Лурия** в виде ***теории системной динамической локализации*** (мозговой организации) ***высших психических функций***.

Термин *«высшие психические функции»* был введен в психологию **Л.С. Выготским***, который различал «элементарные» (или «натуральные») и «высшие психические функции» (произвольное внимание, запоминание, логическая память, логическое мышление, речь и др.). «Натуральные» психические процессы свойственны и животным, высшие психические функции – специфически человеческие формы психики. Им же разработана *теория культурно-исторического развития психики человека* и общественного, культурного, социального формирования высших психических функций в онтогенезе.

Сегодня, как и в 20 – 30 гг. XX в., когда разрабатывалась эта теория, актуальна проблема *генеза, строения, механизмов реализации, нарушений и компенсации высших психических функций.*

Л.С. Выготский показал, что первоначально у детей элементарные психические функции опосредуются с помощью знаков, символов и речи. Далее, в процессе деятельности и общения, они меняют свое строение («интеллектуализируются», «оречевляются», т.е. включаются в механизмы мышления, речи и произвольного управления). Результат – возникновение новых межфункциональных структур психических процессов, которые Л.С. Выготский и называл *«высшими психическими функциями».* Он считал, что психика развивается не только культурно-исторически, но и биологически и физиологически одновременно (на фоне усвоения языка, культуры, знаний меняется и нервный аппарат, обеспечивающий проявления психики).

А.Р. Лурия, развивая идеи Л.С. Выготского, дополнил его учение положением о *системности.* Системное строение высших психических функций проявляется в *сложном – одновременно устойчивом и подвижном – составе их компонентов, при котором выполняемая задача остается инвариантной, а средства ее достижения – вариативными.* Системные закономерности развития высших психических функций состоят в том, что каждый этап развития психики ребенка характеризуется *изменением системы средств, на которые опирается та или иная функция*, с одной стороны, и *изменением системы межфункциональных отношений* между различными психическими функциями – с другой.

Человеческий мозг формировался миллионы лет, а история человечества насчитывает лишь тысячи лет. С давних времен люди пытались «связать» психические процессы и мозг человека. Исторически сложилось несколько подходов к объяснению этой непростой взаимосвязи. В исследовании высших психических функций шли 2-я путями: 1) прослеживали их развитие, 2) изучали их в процессе локальных поражений ГМ. Результатом ряда исследований стало появление новой науки – нейропсихологии.

---

* Лев Романович Выготский, сподвижник Александра Романовича Лурия, блестящий лектор и ученый, в свое время преподавал в Гомельском педагогическом институте, умер в 38 лет от туберкулеза.

Нейропсихология – это отрасль клинической психологии, которая была образована на стыке психологии, нейрохирургии, неврологии и физиологии. Основателем нейропсихологии является **А.Р. Лурия.** Цель нейропсихологии заключается в *изучении мозговых механизмов психической деятельности человека с использованием психологических методов для диагностики* локальных поражений ГМ. Несколько позже А.Р. Лурия видел задачу нейропсихологии в *квалификации симптома* – выделении фактора, лежащего в основе нарушения, и описании *особенностей* той *структуры измененной психической деятельности*, которая возникает в результате очагового поражения ГМ.

Что же явилось началом развития нейропсихологии? Ученых давно интересовал вопрос: «Отвечает ли определенный участок ГМ за определенную функцию психики или же определенные функции психической деятельности связаны со всей деятельностью ГМ?».

В **1861 г.** французский анатом **Поль Брока** описал больного, который понимал устную речь, но не мог говорить. После его смерти Брока смог точно локализовать этот участок ГМ – задняя треть нижней лобной извилины левого полушария. Анатом назвал это место – *«центр моторных образов слов»*, а само нарушение – **«афемия»**, позже перешедшее в теперешнее название **«афазия»**.

В **1874 г.** немецкий психиатр **Карл Вернике** описал несколько случаев поражения задней трети верхней височной извилины левого полушария, когда больной переставал понимать слышимую речь. Он назвал эту зону – *«центр сенсорных образов слов»* или центр понимания устной речи. Далее обнаружили и другие центры: *«центр понятий»* – в нижней теменной зоне левого полушария, *«центр письма»* – в передней части средней лобной извилины левого полушария.

Их противником, противником «локализационной» теории психических функций, был английский невролог Хьюлингс Джексон, утверждавший, что мозговая организация психических процессов зависит от сложности психического процесса. Он установил, что ограниченные поражения КГМ не вызывают полной потери функции. Например, невролога удивляли такие парадоксы. Больной не мог выполнить просьбу сказать слово «нет». Но в состоянии аффекта он мог сказать: *Нет, доктор, я не могу сказать «нет».* Джексон, в связи с этим, предлагал выделять следующие уровни: низший (спинной мозг), средний (сенсорные и моторные зоны ГМ), высший (лобные доли ГМ).

Неврологи **Антон Пик (1905), фон Монаков (1914), Генри Хед (1926), Курт Гольдштейн (1927, 1944, 1948)** соглашались, что элементарные психические «функции» (слух, зрение, кожная чувствительность, движение) представлены в четко определенных зонах коры ГМ, но сомневались в том, что узкая локализация функций применима к сложным формам психической деятельности.

В **1935 г. Анохин П.К.** ввел понятие «функциональная система». С его точки зрения задачи, решаемые посредством психики, во-первых, выполняются с помощью *вариативных* механизмов.

Например, функциональная система внешнего дыхания ставит своей задачей доставку кислорода в альвеолы легких. При отказе диафрагмы, в большей степени в работу включаются межреберные мышцы, при прекращении их сокращений – включаются мышцы гортани.

Во-вторых, в каждой системе есть *«настраивающее» (афферентное) и «осуществляющее» (эфферентное) звенья.*

Например, движение тела осуществляется под постоянным корректирующим воздействием афферентного звена. Можно попасть в нужную точку с использованием разных вариантов движения (т.е. работает функциональная система). В опытах ***Вальтера Хантера*** *крыса достигала цели, бегая по лабиринту. Фрагмент лабиринта заменили участком с водой. Крыса добралась до цели, минуя отсутствующий фрагмент вплавь. В опытах* ***Карла Лешли*** *крыса проходила определенный путь. После удаления мозжечка, она уже не могла двигаться обычным образом, но достигала цели пути кубарем.*

Это «системное» строение характерно для всех сложных форм психической деятельности.

Функциональные системы, обеспечивающие реализацию высших психических функций, помимо более сложного состава обладают и большей пластичностью, гибкостью, взаимозаменяемостью звеньев по сравнению с системами обеспечения физиологических функций. Эти свойства систем и легли в дальнейшем в основу восстановления нарушенных психических функций.

Л.С. Выготский и **А.Р. Лурия** считали, что высшие психические функции (произвольное запоминание, абстрактное мышление и др.) представляют собой *сложные функциональные системы.* Они включают сформировавшиеся в ходе исторического развития символы и орудия. По их мнению, роль мозга в организации высших психических процессов должна изменяться в процессе развития индивидуума. Он был противником фрейдовской «глубинной психологии» с ее чрезмерно высокой биологической природой человека. Он был сторонник «высотной психологии», т.е. психологии «высот» социально организованного опыта человека, что определяет структуру его сознательной деятельности.

Л.С. Выготский утверждал, что каждая высшая психическая функция – это не «врожденная» способность, определяемая наследственностью, а «прижизненное» образование, возникшее в процессе *овладения языком и присвоения культурно-исторического опыта* человечества. Почему?

Во-первых, предметный мир имеет общественное (культурно-историческое) происхождение, а образующиеся в процессе психического развития рефлекторные связи отражают эту объективную реальность.

Во-вторых, для развития высших психических функций ребенка необходимо общение со взрослыми. Действия, сначала разделенные между ребенком и взрослым при совместном общении, затем становятся его индивидуальным поведением, что свидетельствует о социальном генезе высших психических функций.

В-третьих, изучение особенностей психической деятельности людей, живших в разных социальных условиях (**Л.С. Выгодский**, **А.Р. Лурия** в 30-е гг. XX в. изучали познавательные процессы жителей разных территорий Узбекистана) показало, что у людей неграмотных (не вовлеченных в социальные формы жизни) мышление носит образный конкретный характер, при решении логических задач они используют только свой собственный личный опыт. Исследователи обратили внимание, что не- и малообразованные люди вместо подбора «сходных предметов» подбирали предметы, «подходящие для определенной цели». Они заменяли теоретическую задачу практической.

Наоборот, у грамотных и социально активных людей результаты исследования указывали на развитие абстрактного мышления, использования прежнего опыта поколений.

Вместе с тем социальная составляющая формирования высших психических функций является не единственной в развитии психики. Главное положение теории Л.С. Выготского – *высшие психические функции человека возникают в результате сложного взаимодействия биологических факторов, являющихся частью физической природы, и культурных факторов, появившихся в ходе длительной истории человечества.* Тем же А.Р. Лурия, на примере изучения познавательных процессов у близнецовых пар, показана генетическая обусловленность (биологическая составляющая) высших психических функций у близнецов. Нет «чисто биологических» процессов мозговой деятельности, которые не подвергались бы влиянию социальной жизни и наоборот.

Любая сложная сознательная психическая деятельность на первых этапах носит развернутый характер, когда абстрактное мышление требует ряда опорных внешних средств. Только позднее, когда человек овладел определенной деятельностью, логические операции автоматизируются и превращаются в «умственные навыки». В процессе развития человека меняется не только функциональная структура мышления, но и его мозговая организация.

Участие слуховых и зрительных зон коры ГМ существенно на ранних этапах формирования познавательной деятельности, но на поздних этапах оно перестает играть такую роль. Мышление уже начинает опираться на совместную деятельность разных систем коры ГМ.

В начале развития психики человека, сенсорные зоны коры ГМ (оценивающие ощущения, восприятия) создают «базу» для развития познавательных процессов, в том числе и речи. У взрослых познавательные процессы уже в меньшей степени зависят от сенсорной информации. Отсюда и разное нарушение познавательных процессов в зависимости от времени повреждения коры ГМ. Ее поражение в детстве обязательно приводит к недоразвитию познавательной способности и мышления. У взрослых же, при наличии дефекта психической деятельности, он компенсируется сформировавшимися высшими функциональными системами.

А.Р. Лурия выдвинул положение о *речевой опосредованности высших психических функций*. По его мнению, участие речи обязательно в развитии различных психических функций, овладение языком – решающий фактор в формировании высших психических процессов. **Язык** – это ключевое орудие, изобретенное человечеством. В организации и развитии мышления его роль огромна. Язык еще и способ обобщения человеческих знаний. **Письмо и счет** (другие производные языка) – это также специальные орудия культуры. *Они делают мудрость прошлого достоянием настоящего и залогом совершенствования в будущем.*

В СССР нейропсихология получила развитие в 60-е гг. XX в. в трудах А.Р. Лурия и его учеников Е.Д. Хомской, Л.С. Цветковой, Т.В. Ахутиной, Э.Г. Симерницкой, Н.К. Корсаковой, И.Ф. Лебединского.

Проблема локализации психических функций является одной из основных исследуемых проблем нейропсихологии. Изначально эта проблема «стояла буквально»: как взаимосвязаны различные психические процессы и морфологические зоны ГМ. Но четких соответствий найдено не было. По данной проблеме существует две точки зрения: **локализационизм** (связывает каждый психический процесс с работой определенного участка ГМ) и **антилокализационизм** (рассматривает психические функции как неразложимые на составные части и реализующиеся за счет работы узко локализованных участков коры ГМ).

Против концепции узкого локализационизма говорят следующие факты:

1. При поражении различных зон ГМ происходит нарушение одной и той же психической функции.

2. Результатом поражения определенной зоны мозга может стать нарушение нескольких разных психических функций.

3. Нарушенные психические функции могут быть восстановлены после повреждения без морфологического восстановления травмированного участка ГМ.

Согласно концепции *антилокализационизма*:

– мозг предсталяет собой единое целое, и его работа способствует развитию функционирования всех психических процессов в равной степени;

– при поражении любого участка ГМ наблюдается общее снижение психических функций (при этом степень снижения зависит от объема пораженного участка ГМ).

Согласно концепции *эквипотенциальности*:

– все участки ГМ одинаково участвуют в реализации психических функций, т.е., во всех случаях возможно восстановление психического процесса, если только количественные характеристики повреждения не превышают каких-то критических значений.

Однако не всегда и не все функции могут быть восстановлены (даже при условии, что объем повреждения невелик).

В настоящее время основное направление в решении данной проблемы определяет **концепция системной динамической локализации психических процессов и функций**, которая была разработана **Л.С. Выготским** и **А.Р. Лурия**. Согласно данной теории:

- психические функции человека представляют собой *системные образования*, формирующиеся на протяжении всей жизни, являются произвольными и опосредованными речью;
- физиологическим основанием психических функций считаются *функциональные системы*, которые взаимосвязаны с конкретными мозговыми структурами и состоят из афферентных и эфферентных взаимозаменяемых звеньев;
- у разных функциональных систем есть *общие звенья*, которые могут участвовать в осуществлении различных психических функций.

Функциональные блоки мозга. А.Р. Лурия разработал общую *структурно-функциональную модель* мозга, согласно которой весь мозг можно разделить на три основных блока:

1. 1-й блок (блок регуляции уровня *общей и избирательной активации* мозга, энергетический блок) включает:

– ретикулярную формацию ствола мозга;

Как показали в 1949 г. Мэгун и Моруцци, ретикулярная формация – это важнейшее образование в стволе мозга, характеризующееся определенными структурными признаками и играющее центральную роль в регуляции функционального состояния мозга. В отличие от коры ГМ ретикулярная формация состоит не из изолированных нейронов, способных посылать по своим аксонам единичные импульсы, а из нервных клеток, соединяющихся друг с другом короткими отростками по типу нервной сети. Возбуждение распространяется по данной системе градуально, а не по принципу «все или ничего». В результате уровень возбуждения всей ретикулярной формации может изменяться постепенно. Еще в конце 40-х начале 50-х гг. XX в. было показано, что ретикулярная формация играет решающую роль в активации мозга. Сначала эту активацию считали неспецифичной (без разницы – на громкий звук, запах сосисок или вид бабочки). Затем было доказано и специфическое активирующее влияние ретикулярной формации на кору ГМ, а также, что и кора ГМ обладает активирующим влиянием на нижележащие отделы нервной системы. В ретикулярной формации также есть волокна, которые проводят только определенные специфические виды раздражения, а есть волокна, проводящие все раздражения.

– диэнцефальные отделы;

– неспецифические отделы среднего мозга;

– лимбическую систему;

– медиобазальные отделы коры лобных и височных долей ГМ.

2. 2-й блок (блок *приема, переработки и хранения* экстероцептивной информации) включает центральные части основных анализаторных систем, корковые зоны которых расположены в затылочных, теменных и височных долях ГМ.

Работа 2-го блока подчиняется трем законам:

1. **Закон иерархического строения** (первичные зоны являются фило- и онтогенетически более ранними, из чего следует два принципа: принцип **«снизу-вверх»** – недоразвитие первичных полей у ребенка приводит к потере более поздних функций; принцип **«сверху-вниз»** – у взрослых с полностью сложившимся психологическим строем третичные зоны управляют работой подчиненных им вторичных и при повреждении последних оказывают на их работу компенсирующее влияние).

__Л.С. Выготский и А.Р. Лурия__ проводили интересные эксперименты с больными __паркинсонизмом__ (заболевание, связанное с поражением подкорковых образований ГМ, ведущим признаком которого является телесная дрожь – тремор). При ходьбе по ровному полу через 2-3 шага у пациентов развивался сильный тремор, мешающий ходить. В то же время, ходьба по лестнице на длительные расстояния, им легко удавалась. Ученые предположили, что ходьба по лестнице – это не один, а целая серия двигательных актов. Они разбросали по комнате кусочки бумаги и попросили больных переступать через них, имитируя ходьбу по лестнице. Те стали долго и успешно ходить по ровной поверхности пола, без выраженного тремора тела, через бумажки, разбросанные на полу. Исследователи пришли к выводу, что уровень управления движением сместился «выше», из подкорки он перешел на уровень коры головного мозга: подкорковый, до этого, акт ходьбы (человек ходит не задумываясь) стал подконтрольным мышлению.

2. **Закон убывающей специфичности** (наиболее модально специфичными являются первичные зоны, а третичные зоны вообще надмодальны).

3. **Закон прогрессирующей латерализации** (по мере восхождения от первичных к третичным зонам ГМ возрастает дифференцированность функций левого и правого полушарий).

3-й блок (*блок программирования, регуляции и контроля* за протеканием *психической деятельности*) состоит из моторных, премоторных и префронтальных отделов коры больших полушарий ГМ.

«НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР» И СИНДРОМАЛЬНЫЙ ПОДХОД В НЕЙРОПСИХОЛОГИИ

«Нейропсихологический фактор» – это *принцип физиологической деятельности* определенной мозговой структуры. Он является *связующим понятием* между психическими функциями и работающим мозгом. С одной стороны, фактор является результатом активности определенных функциональных областей мозга, с другой – играет объединительную роль для психических процессов в их системной функции реализации какого-либо специфического звена. То общее, что может быть обнаружено в изменениях, регистрируемых при

выпадении или искажении каких-либо физиологических или «обслуживаемых» ими психических функций, по сути, и есть изменения нейропсихологического фактора. «Фактор – это обобщенный и связанный с определенным, динамически локализованным, нейронным ансамблем смысл его работы» (Карсавсарский Б.Д., 2004). Проще говоря, *«нейропсихологический фактор»* – это *смысл работы определенной группы нейронов*.

В нейропсихологии на современном этапе развития психологии применяется *синдромальный подход*. Синдромальный анализ, являющийся инструментом выделения нейропсихологических факторов, включает в себя:

1. Качественную квалификацию нарушений психических функций с объяснением причин возникших изменений.
2. Анализ и сопоставление первичных и вторичных расстройств, т. е. установление причинно-следственных связей между непосредственным источником патологии и возникающими расстройствами.
3. Изучение состава высших психических функций.

Перечислим основные нейропсихологические факторы:

- модально-неспецифический (энергетический) фактор;
- кинетический фактор;
- модально-специфический фактор;
- кинестетический фактор (частный случай модально-специфического фактора);
- фактор произвольной-непроизвольной регуляции психической деятельности;
- фактор осознанности-неосознанности психических функций и состояний;
- фактор сукцессивности (последовательности) организации высших психических функций;
- фактор симультанности (одновременности) организации высших психических функций;
- фактор межполушарного взаимодействия;
- общемозговой фактор;
- фактор работы глубоких подкорковых структур.

Нейропсихологический симптом – это нарушение психических функций в результате локальных поражений ГМ. При этом выделяют:

1. *Первичный симптом* (нарушение, связанное с изменением того или иного фактора).
2. *Вторичный симптом* (возникает как системное следствие первичного симптома).

Синдром – это закономерное сочетание симптомов, основой которого является *нейропсихологический фактор*, т.е. определенные физиологические закономерности работы участков мозга, нарушение которых является причиной возникновения нейропсихологических симптомов.

Нейропсихологический синдром – это слияние нейропсихологических симптомов, главной целью которого считается *нахождение общего фактора*, который полностью объясняет появление разных нейропсихологических симптомов. Синдромальный анализ включает в себя следующие этапы:

- *определение признаков патологии различных психических функций;*
- *квалификация симптомов.*

Единая **стратегия синдромного анализа** в нейропсихологии подразумевает *поиск* связанных с определенной локализацией поражения мозга нейропсихологических *симптомов и синдромов* и обуславливающих их факторов и их *квалификация* с позиций теории системной динамической локализации высших психических функций.

ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Принципы клинического интервью в пато- и нейропсихологии схожи. К ним относятся:

1) **однозначность и точность** вопросов. Они ставятся правильно, корректно и точно;

2) **доступность** (обращенная к пациенту речь должна быть ему понятной);

3) **последовательность** заключается в том, что первая группа симптомов формируется из жалоб пациента, наблюдения за ним, вторая – складывается из опроса о симптомах, которые сочетаются с уже выявленными;

4) **проверяемость и адекватность клинического интервью** (например, следует уточнять, что пациент понимает под словом «галлюцинация»);

5) **беспристрастность** (психолог не должен навязывать свое мнение пациенту!).

6) **оценка типа реагирования** (эндо-, экзо-, психогенный), **уровня расстройств и этиологических факторов** психических нарушений пациента.

7) Обязателен анализ прошлых событий – **«лонгитудинальный разрез»**: когда появились нарушения, с чем были связаны, с чего начались, как протекали.

Наиболее часто используемым методом оценки синдромов в нейропсихологии является система, предложенная А.Р. Лурия. Она включает в себя:

1. Формальное описание больного, историю его болезни.
2. Общее описание психического статуса больного (состояние сознания, способность ориентироваться в месте и времени, уровень критики и т.д.).
3. Исследования произвольного и непроизвольного внимания.

4. Исследования эмоциональных реакций.

5. Исследования зрительного гнозиса (узнавание реальных объектов, по контурным изображениям и т.д.).

6. Исследования соматосенсорного гнозиса (узнавание объектов на ощупь, по прикосновению).

7. Исследования слухового гнозиса (узнавание мелодий, повторение ритмов).

8. Исследования движений и действий (оценивание координации, результатов рисования, предметных действий и т.д.).

9. Исследования речи.

10. Исследования письма (букв, слов и фраз).

11. Исследования чтения.

12. Исследования памяти.

13. Исследования системы счета.

14. Исследования интеллектуальных процессов.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПСИХИАТРИИ

Одним из важнейших направлений современной нейропсихологии является реабилитационное направление, посвященное восстановлению высших психических функций, нарушенных вследствие локальных поражений ГМ. Отечественная нейропсихология открыла новые возможности для этой области практики. Реабилитационное направление разрабатывает принципы и методы восстановительного обучения больных, перенесших локальные мозговые заболевания. Эта работа началась еще в годы Великой Отечественной войны, когда группа психологов (А.Р. Лурия, А.Н. Леонтьев, Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн, Б.Г. Ананьев, Э.С. Бейн и др.) активно разрабатывали проблемы восстановления речевых и двигательных функций после военной травмы. В эти годы было выдвинуто **центральное положение концепции нейропсихологической реабилитации**: *восстановление сложных психических функций может быть достигнуто лишь путем перестройки нарушенных функциональных систем, в результате которой скомпенсированная психическая функция начинает осуществляться с помощью нового «набора» психологических средств, что предполагает и его новую мозговую организацию.* Для определения необходимого «набора» психологических средств требуется тщательный психологический анализ (квалификация) дефекта методами нейропсихологической диагностики.

После окончания войны эти работы продолжались и касались восстановления речевой и интеллектуальной деятельности, памяти. В настоящее время тематика исследований расширилась за счет изучения восстановления невербальных психических процессов, сложных двигательных функций, а также

личности больного в целом. Подтверждается крылатая фраза: «Нет ничего более практичного, чем хорошая теория».

И сегодня крайне актуальны нейропсихологические исследования в работе с пациентами, имеющими расстройства психической деятельности, вследствие чрезвычайных ситуаций, стихийных бедствий, террористических актов, травм, полученных в ходе военных действий. Чаще всего, это последствия явных повреждений головы (открытых и закрытых ЧМТ), контузий, кровопотери, а также чрезвычайных стрессовых ситуаций, например, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

Нейропсихологические исследования также необходимы в неврологии по причине широкой распространенности сосудистой патологии в мире, в том числе и в Республике Беларусь (например, острых нарушений мозгового кровообращения – инсультов) с формированием психических дефектов впоследствии.

Восстановление утраченных высших психических функций происходит в процессе реабилитационного воздействия. Важно определить сохранные элементы психики до начала реабилитации (реабилитационный потенциал), возможность восстановления утраченных функций (реабилитационный прогноз), динамику изменения (положительная, отрицательная, без перемен) психических функций в ходе реабилитации, что «визуализируется» методами нейропсихологического исследования.

Таким образом, нейропсихология призвана исследовать механизмы и способы восстановления высших психических функций, нарушенных вследствие локальных поражений ГМ. Как уже говорилось выше, А.Р. Лурия было выдвинуто положение о возможности восстановления пострадавших психических функций за счет *перестройки функциональных систем*, определяющих реализацию высших психических функций. В его работах и трудах его учеников были определены и изучены механизмы восстановления высших психических функций:

- *перевод процесса на высший осознанный уровень;*
- *замена выпавшего звена функциональной системы новым.*

К принципам восстановительного обучения относятся:
1. Нейропсихологическая квалификация дефекта.
2. Опора на сохранные формы деятельности.
3. Внешнее программирование восстанавливаемой функции.

Практика лечения раненых во время Великой Отечественной войны доказала эффективность этих представлений. Особенно полезно было сочетание нейропсихологических методов коррекции высших психических функций в сочетании с медикаментозным лечением.

Проблема функциональной асимметрии мозга в нейропсихологии.

Развитие представлений о функциональной асимметрии мозга человека в истории нейропсихологии связано с именем французского врача **М. Дакса**,

который в **1936 г.**, выступая в медицинском обществе, привел результаты наблюдения 40 больных. Все они имели повреждения мозга, сопровождающиеся снижением или потерей речи, и пришел к выводу, что нарушения вызывались только дефектами левого полушария. Затем, почти 30 лет спустя, вновь появился интерес к этой проблеме. В **1861 г.** хирург **П. Брока** представил мозг умершего больного, страдающего расстройством речи, также вызванным повреждением левого полушария.

В настоящее время признается важность обоих полушарий, каждое из которых является ведущим в функциях по обеспечению определенных психических процессов. С 1981 г. стал широко использоваться термин *«функциональная специализация полушарий мозга».*

Нейропсихология – молодая наука. Несмотря на очень длительную историю изучения мозга как субстрата психических процессов, которая восходит еще к донаучным представлениям древних авторов о мозге как «вместилище души», и на огромный фактический материал о различных симптомах поражения мозга, накопленный клиницистами всего мира, нейропсихология как система научных знаний сложилась лишь в 40 – 50-е гг. XX в. Решающая роль в этом процессе принадлежит отечественной нейропсихологической школе.

В настоящее время издается ряд международных журналов по нейропсихологии («Нейропсихология» – в Англии и США; «Клиническая нейропсихология», «Когнитивная нейропсихология», «Экспериментальная нейропсихология», «Нейропсихологическое обозрение» – в США; «Кортекс», «Язык и мозг» – в Италии; «Нейролингвистика» – в Голландии и др.), создано международное и зональное общества нейропсихологов.

В этой новой области научного знания отечественная нейропсихология занимает одно из ведущих мест. Ее успехи и высокий международный авторитет связаны прежде всего с именами одних из самых выдающихся психологов XX в. – Льва Романовича Выгодского и Александра Романовича Лурия.

Лекция № 17
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

Вопросы:

1. Проблема психопатологии и ее экспертная оценка. Задачи судебно-психологической и психолого-психиатрической экспертизы.

2. Физиологический и патологический аффекты. Определение. Клинические проявления.

3. Определение психических состояний, мешающих исполнению профессиональных обязанностей.

4. Составление заключений по данным судебно-психологической экспертизы.

ПРОБЛЕМА ПСИХОПАТОЛОГИИ И ЕЕ ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА. ЗАДАЧИ СУДЕБНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Несмотря на значительные достижения медицины и психиатрии, у населения сохраняются предрассудки о психиатрических больницах, психических болезнях и о позоре, который сопровождает обращение к психиатру.

Проблема психического здоровья волнует психиатров всего мира и большая роль в развитии психиатрии и правильном отношении к ней принадлежит борьбе с еще существующими предубеждениями и устаревшими взглядами.

В **1963** г. крупнейший советский психиатр **О.В. Кербиков** (1907 – 1965) писал: *«Еще недавно на психические болезни смотрели как на что-то таинственное и вместе с тем безнадежное. Да и сами психиатры в глазах широкой публики – люди со «странностями», готовые у всех окружающих находить признаки психической ненормальности».*

Перед психиатром жизнь часто ставит много вопросов, которые тесно переплетаются с социально-политическими проблемами и судебно-правовыми сторонами деятельности пациента. При изучении психических заболеваний перед ним и психологом неизбежно возникает вопрос о состоянии сознания больного в период нарушения психической деятельности.

С.С. Корсаков отмечал, что далеко не у всех душевнобольных сознание помрачено. Есть значительная часть больных, у которых сознание вполне ясно; они могут отдавать себе отчет в окружающем, как и обыкновенный бодрствующий

человек. *«Правда, в очень многих случаях такого ясного сознания все-таки наблюдаются некоторые недостатки его, но эти недостатки не носят характера общей недостаточности сознательности, а недостаточности частичной. Одно из частых проявлений такого рода есть “неосознавание больными своей болезни”».*

В связи с этим оценка состояния сознания при психических заболеваних будет неполной без учета «сознания болезни».

Е.К. Краснушкин писал, что *«коренным отличием психики соматически больного от психически больного является наличие сознания болезни у первого и отсутствие у второго. При истинных психозах сознание болезни может сохраняться обычно при легких проявлениях их или только в самом начале заболевания».* Автор подчеркивал, что при психических заболеваниях отсутствие сознания болезни обусловлено разными причинами. Так,

- *при прогрессивном параличе – это следствие нарастающей слабости интеллекта, поражающей в первую очередь критическую самооценку больного,*
- *при маниакальном состоянии маниакально-депрессивного психоза – повышенный тонус всей психической и физической сферы личности,*
- *в далеко зашедших стадиях шизофрении – так называемая эмоциональная тупость.*

Если перед врачом-терапевтом или другим специалистом только при *проведении экспертизы (трудовой и военной) ставится вопрос о том, болен человек или здоров*, то перед психиатром этот вопрос возникает значительно чаще. От ответа на него зависит многое, например, поведение окружающих больного людей, медперсонала; решение о насильственной госпитализации; об ответственности за совершенное правонарушение; о принудительном лечении.

В связи с особенностями проявления ряда психических расстройств, например, *паранойяльного бреда ревности, изобретательства, любовного бреда* и др., могут возникнуть большие трудности в оценке состояния, которые и влекут за собой решение не менее сложных вопросов:

- *Болен или не болен человек?*
- *Если болен, то нуждается ли в насильственном стационировании?*
- *Возможно ли лекарственными средствами вмешиваться во взгляды больного на происходящие события, особенно в тех случаях, когда не удается сразу с определенностью доказать, что высказывания больного носят бредовый характер?*

Указанные вопросы приобретают еще большую значимость в тех случаях, когда человек не считает себя больным, а его близкие не замечают неадекватности поступков и высказываний.

Родственники больного могут недооценивать должным образом психическое заболевание по ряду причин:

- *недостаточное образование и низкий культурный уровень;*
- *отсутствие представления о психических заболеваниях, и, соответственно, неправильная оценка высказываний и поведения больного.*

У родственников при сообщении им о психической болезни близких людей иногда отмечаются реакции протеста или «отрицания болезни». Они могут проявляться в следующем:

- *игнорировании самого факта болезни;*
- *возмущении, жалобах на врачей, если больной помещен в больницу без их ведома;*
- *настаивании на выписке пациента домой;*
- *протеста против психиатрического лечения;*
- *обращений в различные инстанции и т.д.*

Порой больные скрывают болезненные проявления (***диссимуляция***), родственники не видят депрессии и опасности суицидальных тенденций и, не оценивая состояния больных, начинают убеждать врача: *«Она этого никогда не сделает, она такая хорошая мать».*

В этих случаях вопрос о выписке решается исходя из социальной опасности больного. Всегда представляет опасность депрессивный больной. Он не только способен совершить убийство себя, но и своих близких (детей, престарелых родителей), так называемое **«расширенное самоубийство».**

Поучителен в этом отношении следующий случай:

Муж, вернувшись из командировки, узнал, что его жена госпитализирована в психиатрическую больницу. В течение 2 недель он добивался ее выписки. Взял отпуск, чтобы дома ухаживать за ней. За это время состояние жены несколько улучшилось и, уступив настойчивым требованиям мужа, врач выписал больную на его попечение.

На следующий день жена попросила мужа сходить на рынок за свежими фруктами. За время отсутствия мужа она зарезала 7-летнюю дочь и себя.

Это типичное расширенное самоубийство. У больной была депрессия с идеями греховности, самообвинения, чтобы избавиться от «мучений», которые «ждали ее и дочь», она совершила это общественно опасное действие.

Реакции отрицания болезни, протеста и оппозиции могут наблюдаться у подростков и юношей при внезапном заболевании одного из родителей, особенно если госпитализация была насильственной в их присутствии. В этих случаях в работе с подростками большое значение имеют *длительные психотерапевтические беседы.* Здесь важна социальная поддержка *учителей, товарищей, родственников.*

Среди родственников больных встречаются и такие, которые сами обнаруживают расстройства мышления и бредовую настроенность. При сообщении о болезни близких они не только доказывают обратное, но и собирают факты, находят свидетелей, которые, по их мнению, могут подтверждать психическое здоровье родственника. Они обращаются в административные органы с жалобами на врачей, подчеркивая при этом, что родственника умышленно «делают сумасшедшим», хотят «упрятать» в психиатрическую больницу.

Это неправильное поведение и толкование состояния здоровья может быть обусловлено *острой психогенной реакцией* (чаще истерической) или *обострением психического заболевания* (шизофрении), которое протекало без грубых признаков болезни.

В связи с этим иногда приходится прибегать к госпитализации и родственников больных в психиатрические больницы. Это демонстрирует следующий пример:

Больная А., 53 лет, машинистка. В 19 лет пережила психическую травму – гибель жениха. Вскоре сошлась с начальником по работе, чтобы иметь ребенка.

Однако после рождения ребенка никогда с ним не встречалась, поменяла работу, квартиру, одна воспитывала сына. С работой справлялась, была исполнительной, требовательной, но формальной и малообщительной, не понимала шуток. Не ходила в гости к родным и сослуживцам, никого к себе не приглашала. В квартире конфликтовала с соседкой, считала, что она за ней следит и доносит ее руководству.

Получила новую квартиру, расположенную далеко от работы, долго сомневалась в том, стоит ли переезжать. Сын больной начал оборудовать квартиру, покупать вещи.

Постепенно А. стала тревожной, подавленной, еще более подозрительной, ничем не могла заниматься, испытывала неприятные ощущения в области сердца (сердцебиение, «замирание»), лечилась у терапевтов с диагнозом вегетососудистой дистонии.

Целые дни лежала в постели, не ела, так как не могла выйти на кухню из-за соседки. Особенно тягостное состояние было утром. В поликлинике казалось, что все на нее смотрят. Направление к психиатру восприняла как «козни соседки».

Сын, узнав, что А. направляют в психиатрическую больницу, стал уговаривать мать не ложиться туда, доказывая, что она здоровая. В приемном отделении сын больной А. внезапно проявил возбуждение, бросился бежать по территории, кричал матери, что им угрожает опасность, что это специально подстроено, что началась «проверка». Был госпитализирован. В последующем выявилось, что у него уже около года нарастала психопатологическая симптоматика с идеями преследования, воздействия, синдромом Кандинского-Клерамбо.

По-видимому, изменения стереотипа (переезд на новую квартиру, переживания болезни матери с необходимостью ее госпитализации) способствовали обострению процессуального заболевания с расстройствами поведения.

Психологические исследования имеют важное значение в проведении судебно-психологической и психолого-психиатрической экспертизы. В первом случае речь идет об изучении психологических особенностей лиц, подозреваемых в совершении преступлений, предусмотренных статьями уголовного кодекса. Во втором – об уточнении тех же особенностей для исключения или подтверждения определенного психического заболевания, степени его тяжести, которое клиническими методами диагностики пытается выявить психиатр. Выявление «дефектных психически» лиц, ввиду возможности наступления негативных последствий их деятельности, крайне актуально для их дальнейшего трудоиспользования, службы в армии, получения образования, выполнения других важных социальных функций без ущерба для индивида и его окружения.

При этом психолог не только предоставляет психиатру данные, облегчающие решение диагностических вопросов, но и объективно устанавливает *степень выраженности психического дефекта.*

В судебно-психиатрической практике важно не только установить наличие ослабоумливающего процесса, но и определить степень выраженности слабоумия. Именно выраженностью слабоумия в ряде случаев определяется выносимое экспертное суждение. Например, мало диагностировать эпилепсию; следует, если правонарушение совершено не во время припадка, обязательно установить выраженность психического дефекта, глубину эпилептического слабоумия. То же самое относится и к олигофрении – экспертное заключение не ограничивается, например, констатацией дебильности, оно уточняет и степень ее выраженности.

При проведении судебной экспертизы роль психолога не ограничивается вопросами *нозологической* диагностики и определения *степени выраженности психического дефекта.* В последнее время психологи все чаще участвуют в проведении комплексных судебно-психологических экспертиз. Судебные психиатры отвечают на вопрос о наличии психического заболевания у подозреваемого в совершении преступления и о выраженности его психического дефекта. Задачи психиатра и психолога в рамках психолого-психиатрической экспертизы выглядят следующим образом: психиатр дает *синдромально-нозологическую характеристику* имеющейся патологии, психолог – *структурно-динамический анализ личности* обследуемого. Данное «разделение труда» особенно важно в случаях обнаружения у испытуемого нерезко выраженных форм психических отклонений.

Велика роль психолога *при отсутствии* у обследуемого *психического заболевания.* В этих случаях понимание характера совершенного преступления

невозможно без исследования структуры мотивов и потребностей, присущей испытуемому системы отношений, установок, ценностных ориентаций, без раскрытия внутренней психологической структуры личности. Психологическая экспертиза производится не только для оценки личностных свойств обвиняемого. Ее объектами нередко становятся потерпевшие и свидетели, так как получаемые психологом данные способствуют адекватной оценке их показаний, помогают судить об их достоверности.

Психологическая экспертиза особенно часто производится по делам, в которых фигурируют несовершеннолетние. При этом определяется *уровень их познавательной деятельности* и характер присущих им *индивидуально-личностных особенностей*. Лишь при такой суммарной оценке можно судить о способности обследуемого сознавать противоправность своих действий и руководить ими.

В рамках психолого-психиатрической экспертизы часто решается вопрос о наличии у обвиняемого какого-либо патологического аффективного состояния, а также других состояний, повлиявших на него в момент совершения преступления (например, переутомления, страха, горя).

Важное значение имеют установление возможности возникновения в определенной ситуации таких состояний, как растерянность, потеря ориентировки, и экспертная оценка их влияния на качество выполнения обследуемым его профессиональной деятельности.

При проведении посмертной экспертизы в тех случаях, когда психиатры не находят оснований для диагностики психического заболевания, психологи, анализируя особенности личности погибшего, помогают уяснить мотивы, которыми он руководствовался при совершении тех или иных поступков, в том числе, и мотивы совершения суицида.

Исключительно важна роль психологического исследования при решении вопросов военной экспертизы, особенно когда речь идет о диагностике нерезко выраженных форм олигофрении, стертых проявлений шизофрении (особенно ее простой формы), психопатий, неврозов, последствий органических поражений головного мозга. Последнее время становится актуальным и своевременное выявление сексуальных расстройств и нарушений половой идентификации.

В трудовой экспертизе клинический психолог не только обнаруживает признаки заболевания, но и показывает, как далеко оно «зашло». Уточняет степень снижения трудоспособности обследуемого и наличие сохранных элементов в его психике, что может быть использовано для стимулирования механизмов компенсации психического дефекта.

В детской психиатрии психологические исследования необходимы для решения вопроса о том, где следует учиться ребенку – в массовой или специальной школе. Этот вопрос должен безошибочно решаться специальными медико-педагогическими комиссиями. Так, помещение ребенка с дебильностью в массовую школу не только отрицательно сказывается на построении педаго-

гического процесса, но нередко приводит и к невротическим реакциям неправильно направленного на учебу ребенка. Он видит свою несостоятельность при сравнении со здоровыми детьми. Еще больше травмирует психику ребенка ситуация, когда, ошибочно расценив явления педагогический запущенности, комиссия направляет его на учебу в школу для умственно отсталых, хотя в действительности умственного недоразвития у него не наблюдается.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ И ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ АФФЕКТЫ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Человек «преломляет» мир через свои эмоции. *Эмоции* – это психические процессы и состояния в форме *непосредственного переживания* человеком действительности, действующих на индивида явлений и ситуаций. Они бывают положительными и отрицательными, высшими и низшими, сильными и слабыми. Часто отрицательные эмоции связаны с *психологической травмой* – значимым для человека событием, вызывающим негативные эмоции вследствие того, что данное событие не способствует удовлетворению какой-либо потребности и часто оказывается непрогнозируемым. Говоря проще, эмоции возникают вследствие удовлетворения или неудовлетворения потребностей, расхождения ожидаемых и реальных результатов.

Одна из классификаций эмоций была предложена В.Н. Мясищевым. Он выделял:

Эмоциональные реакции – ответные кратковременные переживания на стимулы, которые их вызвали (характерна связь эмоций с обстоятельствами, например, недовольная реакция учителя при опоздании ученика на урок; радостная реакция адресата при получении Новогоднего поздравления или денежного перевода).

Эмоциональные состояния – более длительные переживания, которые сопровождаются изменением нервно-психологического тонуса (например, разновидности настроения). *Настроение* – относительно стабильное эмоциональное состояние. Примеры эмоциональных состояний: тревожное, испуганное, раздражительное, тоскливое, радостное, горестное.

Эмоциональные отношения (чувства) – это связь конкретных эмоций с определенными объектами или процессами, эмоциональной избирательностью (например, любовь родителей к детям, бабушек к внукам, коллекционера к маркам, монетам). Возможна позитивная связь – любовь, привязанность, страсть. Негативная – враждебность, неприязнь, ненависть. К эмоциональным отношениям можно отнести также уважение, преданность, презрение, пренебрежение, доверие, недоверие, страх смерти, переживания болезни.

Особо выраженные эмоциональные реакции и состояния человека, сопровождающиеся *существенными изменениями в поведении,* называются **аффектами**.

Различают 2 вида аффекта: физиологический и патологический. При *физиологическом* аффекте не отмечается нарушения сознания человека. В данном случае, выраженная эмоциональная реакция не препятствует привычному социальному функционированию индивида, которое не представляет общественной опасности. При *патологическом* аффекте отмечается выраженная дезорганизация поведения, часто приводящая к немотивированным поступкам, в частности – к противоправным действиям. Ими могут быть агрессивные проявления в виде хулиганства, насилия, вплоть до убийств граждан.

Характерными особенностями патологического аффекта, отличающими его от физиологического, являются:

- возникновение после острой психической травмы;
- нарушение сознания (сужение сознания по типу сумеречного);
- автоматизмы в двигательно-волевой сфере (например, чрезмерная жестикуляция, расторможенность, психомоторное возбуждение);
- амнезии после аффекта.

Кроме вышеперечисленных аффектов, выделяют также *«реакцию смещенного аффекта»*, например, жена после скандала с мужем, не имея возможности отреагировать в силу традиций, устраивает скандал случайно оказавшейся рядом дочери.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ, МЕШАЮЩИХ ИСПОЛНЕНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ

Хотя существует расхожее мнение, что «каждого человека можно признать душевнобольным, просто нужно его привести на прием к психиатру», диагноз в психиатрии строится не на субъективной основе, а базируется на научных критериях. Это подразумевает реализацию принципа *«презумпции психической нормальности»:* 1) никто не может быть признан психически больным до постановки диагноза заболевания; 2) никто не обязан доказывать отсутствие у себя психического заболевания.

Психиатр, часто совместно с психологом, решает вопросы возможности трудоиспользования лиц с отклонениями психической деятельности. Этот вопрос решается в рамках *трудовой экспертизы*, с учетом медицинских противопоказаний к выполнению разного вида работ в зависимости от их специфики. Нозологические формы заболеваний, препятствующие трудоустройству на определенную работу, определены соответствующими нормативными актами Республики Беларусь.

При проведении трудовой экспертизы клинический психолог не только обнаруживает признаки психического заболевания, но и показывает, как далеко оно зашло, насколько снижена трудоспособность обследуемого. Крайне важным является установление в психике подэкспертного «сохранных элементов»,

которые впоследствии могли бы быть использованы для адаптационной перестройки к работе человека с психическим дефектом. Стимулирование механизма компенсации утраченных функций не может проводиться на «пустом месте». Оно должно опираться на эти «сохранные элементы» деятельности ГМ.

Для психически больных, как ни для какой другой группы телесно заболевших, крайне важно возвращение в общество, если уж не полноценным, то хотя бы равноправным его членом. Это будет способствовать восстановлению, утраченных вследствие психической болезни, социальных связей.

Но для многих психических заболеваний характерны *дефицитарные* (негативные, минус-) симптомы – психопатологические проявления, соответствующие выпадению тех или иных психических процессов. Устраняется что-то, что было присуще человеку до болезни («болезнь крадет нормальные функции»). Примером могут быть аутизм, апатия, абулия, амнестические расстройства, деменция, изменения личности. Кроме того, проблему трудоиспользования этих больных осложняют *характерологические и личностные* болезненные *изменения* таких пациентов. Не последним препятствием в получении работы психически больных является и существующая на сегодняшний общественная предубежденность об их *криминогенности,* а также стигматизация в связи со *странностями* в поведении. Часто штамп «психически больной» является непреодолимым препятствием к трудоустройству.

Вместе с тем практическая реализация таких понятий, как **«адаптация»** и **«компенсация»** в отношении психически больных дает возможность их рационально трудоустроить. *Адаптация* – процесс приспособления организма или личности к изменяющимся условиям и требованиям окружающей среды. Это ничто иное, как «смирение», «мирное сосуществование» с психическим расстройством. *Пример адаптации: психически больной пациент работает, к галлюцинациям у него имеется критика, они не сказываются на его поведении.*

Компенсация – состояние полного или частичного возмещения (замещения) нарушенных в связи с болезнью психических функций. Это активное преодоление психических расстройств посредством замещения утраченных функций иными, приемлемыми для организма и личности. *Примеры компенсации: пациент олигофрен работает на доступном ему производстве или делает то, что ему удается; эпилептоидный психопат, задействуя базовые черты характера (склонность к детализации, порядку) работает бухгалтером.* Таким образом, определенные базовые черты личности больных, свойственные некоторым психических расстройствам, как никогда кстати, могут быть учтены в профессиональном выборе.

Все вышесказанное, естественно, не относится к больным в острой стадии заболевания. Их трудовая экспертиза может быть проведена только после устранения галлюцинаторно-бредовой симптоматики. Лица с сохраняющимися грубыми психическими дефектами, как правило, имеют стойкую утрату трудоспособности и являются инвалидами.

СОСТАВЛЕНИЕ ЗАКЛЮЧЕНИЙ ПО ДАННЫМ СУДЕБНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Работа медицинского психолога в психиатрических больницах бывших республик СССР применяется уже более 30 лет. Большинство научных работ сделаны московской, ленинградской и киевской школами медицинских психологов.

Для нужд психиатрической диагностики проводится патопсихологическое обследование подэкспертного, имеющее целью выявить следующие патопсихологические симптомокомплексы (синдромы): шизофренический, органический, олигофренический, психопатический и симптомокомплекс психогенной дезорганизации психических функций (И.А. Кудрявцев, 1982).

Н.В. Васильева и И.А. Горьковая (1997 г.) в патопсихологическом заключении по судебным делам рекомендуют отражать следующие моменты:

1. Первый блок *заключения консультативного психологического исследования* представлен паспортными данными испытуемого, с указанием специалиста, сделавшего запрос о проведении психологической экспертизы, цели исследования. Здесь же указываются жалобы пациента, если они имеют место.

2. Вторым блоком – идет описание поведенческих характеристик подэкспертного (***отношение к предстоящему психодиагностическому исследованию, контактность, понятливость, эмоциональное состояние, нейродинамика, особенности речи, моторики, проявление личностных характеристик***).

Отношение к предстоящему психодиагностическому исследованию в заключении отмечается обязательно, так как влияет на оценку экспертом полученных данных. Это могут быть старательность, безразличие, наличие или отсутствие ориентации на успех. Здесь могут проявиться признаки маниакальности (повышенная отвлекаемость), органического поражения ГМ (повышенная истощаемость), шизоидности (соскальзывание).

Контактность испытуемого может быть различной. Контакт может быть нормальным, либо определяться установочным поведением, прямой лживостью или грубой симуляцией. Если перечисленные факторы отсутствуют, то характер контактности может быть связан с различными типами дефекта личности при различных психических заболеваниях. Контакт может отличаться от нормального тем, что становится строго *избирательным*, *навязчивым* (типичен для страдающих истерией, органиков, паранояльных личностей). Шизофреников, лиц с шизоидными чертами, установочным поведением отличает *формальный* контакт.

Негативизм подэкспертного к исследованию может быть как скрытым, так и явным (демонстративным). Скрытая форма устанавливается «чтением»

невербальной информации (позы, мимики, жестов). Важно помнить, что искренность подэкспертного – важный фактор оценки его эмоционального состояния в момент инкриминируемого деяния.

Понятливость – это легкость восприятия инструкций. Замедленное восприятие инструкций – это не всегда признак интеллектуального снижения. Оно может быть связано с замедлением нервно-психических процессов.

Снижение понятливости при *нарушениях интеллекта* проявляется в поэтапном усвоении инструкций, состоящих из нескольких условий. При *паранояльности* нарушается понимание смысла вопроса: формальные вопросы о сути задания воспринимаются испытуемым настороженно, интерпретируются в глубоко личностном смысле с обвинением в негативных целях экспериментатора. У *органиков* часты попытки внести в инструкцию простых заданий свои условия (хотя их никто об этом не просит). Они начинают выполнять задания явно по другим правилам и глубоко убеждены в их необходимости.

Эмоциональное состояние испытуемого может быть обычным, адекватным ситуации. Подавленное настроение, скорбная поза, амимия могут указывать на депрессию. Здесь важно исключить демонстративный характер подавленного настроения. В эмоциональном аспекте мания выглядит очень характерно (благодушие, эйфория, радостное возбуждение). Дифференциальный диагноз раздражительности, гневливости «эпилептоидов» и «органиков» связан с характером возникновения «взрыва»: у «эпилептоидов» – по типу «парового котла», у «органиков» – по типу «вспышки пороха».

Нейродинамика. Опережающие реакции, когда человеку кажется, что он понял задания до окончания инструкции или когда подэкспертный начинает отвечать на вопрос до того, как экспериментатор закончил его задавать характерны для психопатов с выраженной эксплозивностью (вспыльчивостью).

Обстоятельность, доходящая до вязкости, директивность характерны для эпилептоидов, органиков, психастеников. Важно знать, что обстоятельность бывает избирательной (только в эмоционально значимых для человека темах). Тогда она не является признаком органического поражения ГМ или патологии характера.

Гипо- или маниакальное состояние предполагается при ускоренных движениях, мышлении, отвлекаемости, изобилии и мгновенном возникновении поверхностных ассоциаций, отсутствии чувства дистанции и экспертной ситуации.

Особенности речи по темпу тесно связаны с оценкой эмоционального состояния. Например, она может быть скандированной (у органиков). С точки зрения содержания речь может быть бедной (олигофазия) или, наоборот, с богатой лексикой, метафорами, эмоциональными оценками. Первый вариант может указывать на депрессивный, второй – на маниакальный компонент психической деятельности. Всем известна склонность эпилептоидов к уменьшительным суффиксам («деточка», «игрушечка»), высокоэмоциональная речь истероидов, склонность к вычурным формулировкам шизофреников.

Моторика оценивается в 3-х сферах: мимика, пантомимика и тонкая моторика рук. При гипермимии характерна чрезмерная эмоциональная выразительность мимических движений (характерна для истерии или истериоформного компонента у органиков). Парамии – выражение содержания эмоций не соответствует (эмоции неконгруентны ситуации) мимическим движениям.

Моторика рук может быть обычной, огрубленной (проявляется в графических пробах, почерке подэкспертного). Дифференциальный диагноз дрожания (тремора) должен учитывать площадь охвата мышечных групп. Для невротического тремора характерно дрожание только кистей рук, а для органического – и предплечий, вплоть до тремора всего тела при накале эмоций.

Личностные проявления – это выявляемые свойства личности подэкспертного. Описываются склонность к самоуничтожению или, наоборот, к переоценке собственной личности; напористость, директивность, инициативность, активность, холодная отрешенность и равнодушие, эмоциональная заинтересованность (испытуемый ловит реакцию экспериментатора, заглядывает в протокол, пытается наблюдать окружающее), слащавость и религиозный экстаз глубокого эпилептоида, характерный «боковой взгляд» больного шизофренией.

3. Третий блок, отражаемый патопсихологом в заключении, касается результатов выполнения предложенных диагностических задач (обычное количество методик – не более 10).

Например, у больного с шизофреническим симптомокомплексом могут выявляться следующие нарушения:

– *оппозиционный настрой* к исследованию, *эмоциональная неустойчивость* (при оценке предлагаемых методик, усвоении инструкции);
– *нарушения мотивационного компонента мышления* (при применении методик «10 слов», таблицы Шульте, «Классификация», пиктограмма);
– *разноплановость суждений* (при использовании пиктограмм, подборе предложений к пословицам);
– *нецеленаправленность умственной деятельности* (деятельность пациента в применяемых методиках не определяется получением конкретного результата);
– *нарушение опосредования познавательных способностей* пациента (например, в пиктограмме, трактовке смысла пословиц и поговорок).
– актуализация второстепенных признаков объектов, предлагаемых для испытуемого с диагностической целью (в методиках «Классификация», «Исключение», «Подбор анологий»).

4. Выводы о наличии или отсутствии у испытуемого определенного психологического симптомокомплекса, основанные на результатах оценки *поведенческих характеристик подэкспертного, характера его коммуникации с экзаменатором в ходе эксперимента, вербальных и невербальных данных, с учетом*

результатов психодиагностики. Заключение подписывается патопсихологом с указанием даты проведения исследования пациента.

Все вышеперечисленные характеристики подэкспертного в сочетании с результатами психодиагностических методик позволяют:

- оценить степень достоверности работы индивида;
- провести структурно-динамический анализ личности и установить характер и глубину предполагаемого личностного дефекта;
- выявить установочное поведение у лиц, способных имитировать болезненные состояния.

Экспертная работа клинического психолога является хорошим подспорьем врачу психиатру в установлении окончательного диагноза, оценке состояния больного на момент экспертизы и его социальных перспектив на будущее.

Лекция № 18
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА. ПРОПАГАНДА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Вопросы:

1. Современные представления о здоровье и болезни.

2. Внутренняя картина болезни как фактор, определяющий поведение пациента.

3. Психологические проблемы взаимоотношений патопсихолога и пациента.

4. Понятие «здорового образа жизни» и его значение на современном этапе развития общества. Модели обучения ЗОЖ.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЗДОРОВЬЕ И БОЛЕЗНИ

Изменение глобальной медицинской парадигмы (греч. paradeigma – пример, образец) с патоцентрической на саноцентрическую, переход от «медицины-патологии» к «медицине-санологии» требует новых методологических обоснований. Это касается, прежде всего, таких понятий медицины как болезнь и здоровье. В рамках «медицины-санологии» болезнь перестает быть антонимом здоровью. Здоровье как индивидуальная норма есть мера отклонения от физиологической, статистической и индивидуальной норм.

Согласно определению ВОЗ ***здоровье*** представляет собой состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов (1968 г.). Такая точка зрения на здоровье является вполне оправданной. Здоровый человек не жалуется на функции своих внутренних органов, и здоровое тело задает ему переживание собственного присутствия в жизни. Он чувствует, что может устроить свою жизнь по собственному замыслу. Именно это, по мнению ***Г.С. Абрамовой и Ю.А. Юдчиц***, и является одним из важнейших показателей психического и социального благополучия человека, когда человек *удовлетворен своей жизнью и отношениями с другими людьми.*

С точки зрения профессора ***В.Е. Кагана***, человек, как субъект индивидуальной нормы, так или иначе, знает (представляет себе или думает, что знает), что такое здоровье и соотносит с этим свое актуальное состояние.

Внутренняя картина здоровья (ВКЗ) – это целостное представление человека о своем здоровье. Это ощущение возможности автономного существования, своей силы – тела и духа.

Выделяют 3 вида здоровья: **физическое, психическое и духовное.**

Физическое здоровье часто сравнивают с возрастом. Возраст бывает биологический, психологический и социальный. Биологический возраст – это отражение функциональной зрелости организма. Критерии биологического возраста – морфологические, функциональные и биохимические показатели.

Морфологические критерии – скелетная зрелость (сроки оссификации скелета), зубная зрелость (прорезывание и смена зубов), зрелость форм тела (пропорции, телосложение), развитие первичных и вторичных половых признаков.

Функциональные критерии – показатели, отражающие зрелость ЦНС и вегетативной нервной системы, опорно-двигательного аппарата.

Биохимические критерии – ферментативные, гормональные и цитохимические показатели.

Психическое здоровье. Критерии его оценки основаны на понятиях ***«адаптация», «социализация» и «индивидуализация».*** Для каждого человека они включены в конкретную социальную ситуацию. То есть психическое здоровье человека может быть определено через меру его «адаптации», «социализации» и «индивидуализации». Эти возможности есть у каждого человека. Степень их реализации определяется социальной ситуацией развития человека – теми ежедневными условиями жизни, в которых находится место для конкретного человека, где он смог бы проявить возможности психической жизни, т.е. доступные ему чувства, мысли, желания, возможности, качества «Я».

Адаптация включает:

- способность осознанно относиться к функциям своего организма;
- способность регулировать свои психические процессы: управлять мыслями, чувствами, намерениями.

Социализация включает:

- как человек реагирует на другого человека как на равного себе;
- реакция человека на существования норм отношений между людьми, желание им следовать;
- как человек реагирует на относительную зависимость от других людей.

Индивидуализация включает:

- отношение человека к самому себе;
- осознание собственной неповторимости как ценности и противодействие другим людям разрушить ее;
- признание и сохранение индивидуальности в себе и других.

Духовное (социальное) здоровье – критерии оценки основаны на отношении к жизни как к ценности, на создании новых ценностных качеств. Соци-

альное здоровье – это показатель целостности внутреннего мира, которая задается системой правил и суждений, принятых для себя человеком осознанно. Когда есть правила осознания, то внутренний мир доступен для воздействия. Духовное здоровье может выражаться в религиозных чувствах, в чувствах красоты и гармонии, в чувстве благоговения перед жизнью, в чувстве постоянной радости от жизни. Духовное начало отражают библейские заповеди: «*не убий; не укради; не лжесвидетельствуй; чти отца и мать; не прелюбодействуй; возлюби ближнего своего*» *и другие, которые изложены в Нагорной проповеди Христа*.

Критерии социального здоровья проявляются в общении с другими людьми особым образом – в готовности отдавать, а не только брать. Отдавать другим людям свои силы в целях устройства общей жизни – это проявление *эгоистического альтруизма*, как считал *Г. Селье*.

Переживания, в которых осуществляется связь с другими людьми, переживания, в которых раскрывается соответствие конкретному идеалу человека, и составляют содержание внутренней картины здоровья (ВКЗ) как трансцендентального целостного представления о жизни.

Здоровый человек обладает следующими характеристиками, которые отличают его от других людей (*А. Маслоу*):

1. Высшая степень восприятия реальности.
2. Более развитая способность принимать себя, других и мир в целом такими, какими они есть на самом деле.
3. Повышенная спонтанность, непосредственность.
4. Более развитая способность сосредоточиться на проблеме.
5. Более выраженная отстраненность и явное стремление к уединению.
6. Более выраженная автономность и противостояние приобщению к какой-то одной культуре.
7. Большая свежесть восприятия и богатство эмоциональных реакций.
8. Более частые прорывы на пик переживаний – на вершину самости человека, когда он свободен от прошлого и будущего.
9. Более сильное отождествление себя со всем родом человеческим.
10. Улучшение в межличностных отношениях.
11. Более демократичная структура характера.
12. Высокие творческие способности.
13. Определенные изменения в системе ценностей.

Здоровый человек удовлетворяет свои потребности в безопасности, сопричастности, любви, уважении и самоуважении. Он может стремиться к самоактуализации, т.е. к свершению своей миссии, признания, судьбы, стремления к единству своей личности.

Во ВКЗ особое место занимают когнитивные (разумные) знания о том, как может и должна осуществляться индивидуальная жизнь. Эти когнитивные

знания дают возможность мотивации собственной жизни, основанную на переживании ее осуществимости как возможности реализовать свое здоровье.

Именно отсутствие мотивации – это величайшая трагедия, которая разрушает все жизненные устои человека, в том числе и отсутствие мотивации к **здоровому образу жизни**, которая буквально преследует современного человека как отсутствие стремления к реализации своей ВКЗ.

Внутренняя картина болезни (ВКБ). Пристальное внимание к понятию «внутренней картины болезни» (ВКБ) возникло в 50-х гг. XX в. по следующим причинам: отсутствие в военное время заболеваний, характерных для мирного времени; разное протекание заживления ранений у людей гражданских и военных; у людей, которые хотели жить и людей, которые к этому не стремились; описание «военного синдрома» в виде обострения самосознания, повторного переживания военных событий.

ВКБ – это субъективное отношение пациента к собственному заболеванию (понятие ввели А.Р. Лурия и А. Гольдшейдер). Синонимы этого понятия – «концепция болезни», «нозогнозия». Важно понимать, что поражение органов при формировании ВКБ может быть реальным и ложным (мнимые болезни, ятрогения, аггравация, симуляция).

ВКБ – это восприятие человеком самого себя как страдающего, как требующего участия другого человека – лечащего. Она обладает высокой степенью устойчивости, так как является естественным продолжением одного из устойчивых образований сознания человека – внутренней картины здоровья. Это «внешний и внутренний диалог человека», обращенный к себе и другому (присутствующему, лечащему). ВКБ не зависит от течения самой болезни, то есть она может воспроизводиться в виде фантомных болей или создаваться при объективном отсутствии медицинских симптомов.

Когда было зафиксировано существование ВКБ и ее характеристики, в современной медицине стало развиваться представление о влиянии мыслей о смерти на здоровье человека, которое стало определять многие действия врачей (например, решение вопроса о том, надо ли сообщать человеку информацию о степени тяжести его болезни, о прогнозе заболевания и т.д.).

Изучение понятия ВКБ представлено в работах как отечественных, так и зарубежных авторов. Это одна из основополагающих идей, связанных с необходимостью изучения ответственности человека за собственное заболевание – ***аутопатологии***.

Болезнь понимается как реализация в определенных жизненных условиях специфического личностного профиля человека, который является индивидуальным для каждого человека, определяется его конституцией, наследственностью. В этом смысле можно говорить об аутопатологии. Люди, которые чувствуют источник силы внутри себя, болеют реже, чем те, кто видит источник силы в других людях. При формировании ВКБ болезнь *«диктует свои, часто*

трагические, условия», что может приводить даже к изменениям структуры личности. ВКБ связана с системой ценностей личности пациента. Для больного болезнь всегда имеет не клинический, а личностный смысл.

Основу ВКБ составляют интеллектуальная интерпретация пациентом диагноза заболевания, когнитивная оценка его тяжести и прогноза с формированием на этой основе эмоционального и поведенческого типа реагирования.

Больному человеку приходится выбирать форму поведение в новых для него условиях существования (в ситуации болезни). Не представляет большой тайны, что некоторые заболевания тяжелее других (учитываются критерии летальности, вероятности инвалидности и потери трудоспособности). Объективная тяжесть болезни анализируется сквозь «субъективную» призму видения заболевания больным. Так формируется тип реагирования на заболевание.

«Объективная» > **тип реагирования на заболевание** < «Субъективная»
тяжесть болезни   тяжесть болезни

Уровни отражения болезни в психике заболевшего человека (*по Н.Н. Николаевой*):

- **чувственный уровень** – уровень ощущений;
- **эмоциональный** – связан с различными видами реагирования на симптомы, заболевание в целом и его последствия (в 1972 г. В.В. Ковалев выделил 6 типов переживания болезни: депрессивный, дистимический, ипохондрический, фобический, истероидный, эйфорически-анозогнозический);
- **интеллектуальный (когнитивный)** – собственная концепция больного по отношению к заболеванию (размышлениями о его причинах и возможных последствиях, прогнозе);
- **мотивационный** – изменение поведения и образа жизни в условиях болезни, актуализация деятельности по возвращению и сохранению внутренней картины здоровья.

Между этими компонентами возможны разные соотношения. Суть активности человека при формировании ВКБ – преодолеть возникший диссонанс, вызванный болезнью в организме. Переживание болезни направлено на восстановление внутреннего мира, нарушенного болезнью.

Считается, что наиболее стабильным элементом в информационном поле мозга является самосознание. По отношению к нему ранжируются все остальные виды информации.

В **информационную модель болезни** входят 2 блока: *сенсорно-эмоциональный* (впечатления, переживания) и *логический* (информация о понимании причин болезни, формирования ее признаков).

При выявлении ВКБ нужно изучать уровни осознания ее элементов и источники их формирования:

- личный опыт переживания;
- суждения других больных с аналогичным заболеванием;
- использование медицинской и научно-популярной литературы;
- впечатления и мнения окружающих людей немедицинских специальностей и т.п.

Для более глубокого изучения ВКБ желательно изучить ее динамику в онтогенетическом аспекте – с детства до момента заболевания. ВКБ надо изучать как динамическое образование, которое меняется в связи с лечением, ситуацией и т.п.

Уровень интеллекта играет важную роль в построении ВКБ. ВКБ у олигофренов с соматическими заболеваниями бедна, инертна, статична. **К. и С. Саймонтоны:** *«Надо поощрять здоровье, а не болезнь. Следует обязательно обращать внимание на любое улучшение состояния, заниматься с больным какой-то деятельностью, не относящейся к болезни; продолжать проводить время с больным, когда он начнет поправляться».* Модель ожидаемых результатов лечения создается самим больным, но с участием его окружения (врача, родственников).

Мировоззренческие установки на возникновение заболевания.

Болезнь пациентами может восприниматься по-разному.

Как попытка найти связь между поведением и возникновением болезни:

– как кара;

– как испытание;

– как назидание другим;

– как расплата за грехи предков.

Как попытка найти связь между наследственностью, средовыми причинами и возникновением болезни (внешняя или внутренняя заданность):

– как неизбежность («Твой отец так хромал», «Вся в мать – такая же дальнозоркая»);

– как стечение обстоятельств;

– как собственная ошибка («Говорила тебе, не жуй жвачку – вот и заболел СПИДом»).

Как попытка найти связь заболевания с мистикой (мистический подход):

– болезнь вследствие зависимости;

– болезнь вследствие ревности.

Здесь возникновение заболевания связывают с экстраполяцией «негативной энергии» ревнующего или завидующего на реципиента. Типичны высказывания: *«сглазили», «навели порчу», «подействовал энергетический вампир».*

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ КАК ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ПОВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА

Отношение к заболеванию содержит (по Л.И. Вассерману) **когнитивный** (знание о болезни, понимание ее роли, прогноз заболевания), **эмоциональный** (переживание болезни и всей ситуации) и **поведенческий** (стратегия поведения) компоненты.

Психологи выделяют **11 типов реагирования на заболевание** (*А.Е. Личко, Н.Я. Иванов*), которые условно разделяются на **3** блока:

I – **Социальная адаптация существенно не нарушена** (гармоничный, эргопатический, анозогнозический).

II – **Психическая дезадаптация** *(интрапсихическая направленность)* – тревожный, ипохондрический, невростенический, апатический). Характерны уход от борьбы, капитуляция перед заболеванием.

III – **Психическая дезадаптация** *(интерпсихическая направленность)* – сенситивный, эгоцентрический, паронояльный, эйфорический.

1) **Гармоничный тип** – трезвая оценка заболевания, содействие успеху лечения, при неблагоприятном прогнозе – переключение интересов на другие области жизни, родственников, реализм, активность человека, нежелание заболевшего обременять других тяготами ухода за собой. В противовес принципу: *«Сдаю организм как аппарат, машину, вещь в ремонт и пассивно ожидаю возврата вещи как новенькой».*

2) **Эргопатический тип** – *«Уход от болезни в работу».*

3) **Анозогнозический тип** – отбрасывание мыслей о заболевании, его последствиях. Отрицание заболевания, отказ от обследования и лечения *(например, алкоголизм).*

4) **Тревожный тип** – наиболее типичный, проявляется беспокойством, интересом к анализам и заключениям специалистов.

5) **Ипохондрический тип** – отличает сосредоточение на субъективных, неприятных ощущениях, их детализация.

6) **Невростенический тип** – поведение по типу раздражительной слабости, характерны вспышки гнева, которые чередуются со слезами, капризностью, требовательностью. Возможен обсессивно-фобический вариант – мнительность, вера в ритуалы, навязчивые мысли, опасения *(например, расценка шансов своего излечения в зависимости от того, в каком порядке войдут в его палату врач и медсестра).*

7) **Апатический тип** – полное безразличие к своей судьбе и исходу заболевания.

8) **Сенситивный тип** – чрезмерная озабоченность неблагоприятным впечатлением, которое может произвести на окружающих информация о болезни. Существенна не болезнь, а реакция на информацию о ней. Эти пациенты скромны по отношению к своему здоровью. Типично высказывание: *«Зачем отвлекать медперсонал по пустякам».*

9) **Эгоцентрический тип** (он же истерический) – уход, «бегство» в болезнь. Выставление на показ своих страданий, желание полностью владеть вниманием родственников. Требование к ним об исключительной заботе.

10) **Паронояльный тип** – пациенты считают, что заболевание – это результат чьего-то злого умысла. Характерна подозрительность к лекарствам и процедурам.

11) **Эйфорический тип** – отличает повышенное, наигранное настроение. Пренебрежение болезнью и лечением.

Особенности индивидуального реагирования пациента на болезнь.

Из индивидуальных факторов реагирования имеют значение социально-конституциональные (пол, возраст, профессия) и индивидуально-психологические (темперамент, характер, личность) особенности пациента.

ПОЛ ↓	ВОЗРАСТ ↓	ПРОФЕССИЯ ↓	Социально-конституциональные факторы
Тип психического реагирования			
ТЕМПЕРАМЕНТ ↑	ХАРАКТЕР ↑	ЛИЧНОСТЬ ↑	Индивидуально-психологические факторы

Социально-конституциональные факторы:

ПОЛ. Что отличает мужчин и женщин применительно к формированию ВКБ? Женщины лучше переносят болевые ощущения, состояния длительной ограниченности движений или обездвиженности. Причина – психологическая готовность испытывать боль в родах.

Субъективная ценность различных частей тела у мужчин и женщин различна. По результатам некоторых психологических исследований наиболее *«дорогостоящими»* оказались нога, глаз и рука. Ценность тела значительно меньше для психически больных, чем для нормальных людей, у женщин – *«дешевле»*, чем у мужчин.

В одном из исследований 1000 мужчин и 1000 женщин должны были квалифицировать в соответствии со значимостью 12 частей тела. Для мужчин наиболее важными оказались половой член, яички, язык. Мнение женщин было неоднородно. Лишь у женщин старше 70 лет язык был на 1-м месте (S. Wienstein). Ценность частей тела для людей зависит и от протекающих общественных процессов: во время второй мировой войны у японок была популярна плоская грудная клетка (женщины носили мужскую военную форму). После ее окончания под влиянием Запада стала популярна грудь «голливудских» размеров.

ВОЗРАСТ. Для каждой возрастной группы существует **свой реестр тяжести заболеваний** (распределение заболеваний по тяжести и значимости).

Для детей, подростков и молодежи особенно тяжелы болезни, которые ухудшают внешний вид человека. Почему? В системе ценностей «удовлетворенность собственной внешностью» представляет наибольшая ценность. Поэтому представители именно этого возраста наиболее болезненно переносят кожные, аллергические заболевания, калечащие травмы и операции, ожоги. Только у них имеет место **дисморфомания** – ложная убежденность в наличии уродства (например, полнота, диспропорции тела, что ведет к отказу от приема пищи, «атаке» на пластических хирургов с целью коррекции мнимого дефекта.

Лица зрелого возраста психически тяжело реагируют на хронические и инвалидизирующие заболевания. Это определяется их шкалой жизненных ценностей: потребностью в благополучии, благосостоянии, независимости, самостоятельности и др. Для них особенно тяжелы: 1) онкологические, тяжелые хронические соматические заболевания; 2) «стыдные» болезни – венерические и психические, геморрой, аборт, понижающие социальный статус и авторитет среди окружения.

Для пожилых и престарелых значимы заболевания, приводящие к смерти (инфаркт миокарда, инсульт, рак).

ПРОФЕССИЯ. Значима профессионально обусловленная ценность того или иного органа. *Например, оперный певец к ангине, бронхиту относится хуже, чем к гастриту или язве желудка. Спортсмен хуже воспринимает остеохондроз, чем депрессию. Для человека творческой профессии – наоборот.*

Индивидуально-психологические факторы:

ТЕМПЕРАМЕНТ. Это характеристика индивида со стороны динамических особенностей его психической деятельности, т.е. темпа, ритма и интенсивности отдельных психических процессов и состояний.

К значимым свойствам темперамента для выработки психического реагирования на заболевание относятся:

1) **эмоциональность;**

2) **переносимость боли.**

Чувство боли субъективно зависит от степени сосредоточения внимания на этом ощущении. Айзенк показал, что экстраверты воспринимают все уровни стимуляции (в том числе и болевые) менее интенсивно, чем интраверты. Примечательно, что часто порог боли коррелирует с уровнем эмоциональности: более низкие пороги боли у холерика и меланхолика по сравнению с сангвиником и флегматиком.

3) **общая двигательная активность** (импульсивность) – ограничение подвижности или обездвиженность в связи с заболеванием (постельный режим, прикованность к постели), что приводит к фрустрации у лиц, склонных к двигательной активности, интенсивным психологическим нагрузкам.

ХАРАКТЕР. Тип акцентуации может определять выбор типа реагирования на заболевание. Здесь важно воспитание в семье и отношение в ней к возможному заболеванию. Существует 2 семейных системы отношения к заболе-

ваниям: **«стоическая»** и **«ипохондрическая»**. Важны опыт семьи, сведения о заболеваниях, от которых ранее умирали родственники.

«Стоическая» система – это поощрение самостоятельного преодоления недугов, девиз «не хнычь».

«Ипохондрическая» система – это максимум внимания себя и окружающих на заболевание, девиз «будь бдителен, иначе заболеешь и умрешь».

ЛИЧНОСТЬ. Личностные особенности – это ценностные ориентации, морально-нравственные критерии, другие социально-обусловленные феномены.

Из личностных особенностей в формировании ВКБ важны:

- мировоззрение;
- философская позиция по поводу смысла жизни и жизни после смерти.

Разное отношение к заболеванию у верующих (например, «Бог дал, бог взял») и атеистов (частая обида на всех, ищут виновных в заболевании).

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ПАТОПСИХОЛОГА И ПАЦИЕНТА

Успешное проведение патопсихологического исследования во многом зависит от отношений, складывающихся в процессе его между исследующим и пациентом. Не должно быть единого шаблона. Здесь имеют значение много факторов – особенности личности больного, его психическое состояние, задача исследования и, соответственно, отношение к нему обследуемого, особенности личности патопсихолога, его культура, такт, проявляемое им внимание к обследуемому, попавшему впервые в жизни в необычную для себя ситуацию. Таким образом возможны различные варианты контакта «пациент-патопсихолог». **Требования к личности патопсихолога и проведению исследования следующие:**

- патопсихолог должен быть высококультурным человеком, с широким кругом интересов, профессионально эрудирован (в т.ч. сведущим в вопросах психиатрии), тактичным, выдержанным, деликатным, терпимым к чужому мнению, доброжелательно настроенным по отношению к обследуемому;
- исследование не должно носить характер экзамена, при котором экзаменатор не скрывает удовольствия при виде допущенной экзаменуемым ошибки;
- в процессе опыта исследующий должен сохранять невозмутимость, бесстрастность (даже при «провокациях» обследуемого не следует внешне проявлять свое неудовольствие, так как *отрицательными эмоциональными реакциями на поведение обследуемого никогда не удается изменить избранный последним модус поведения в ситуации исследования)*;

- допускаемые больным ошибки могут анализироваться в беседе с ним, но только в порядке обсуждения мотивов, которыми руководствовался в своем суждении обследуемый (неправильно лишь регистрировать ошибки и не искать обусловившую их причину – часто во время опыта патопсихолог убеждается в том, что ошибочное суждение было случайным и не находит подтверждения в материалах дальнейшего проведения исследования). Исключение: методика, когда у обследуемого необходимо создать впечатление об ошибочности решения, например при исследовании «уровня притязаний»;
- иногда исследующий помогает больному выполнить задание наводящими вопросами, подсказыванием, одобрением или неодобрением отдельных его суждений, показом решения аналогичных заданий (при этом представляет интерес эффективность помощи исследуемого, возможность коррекции ошибочных решений, допущенных обследуемым);
- излишняя беспристрастность исследующего может отрицательно сказаться на результатах исследования (уловив проявления безразличия исследующего, обследуемый также изменяет свое отношение к исследованию и показывает значительно худшие результаты, например, обнаруживает значительно меньшую результативность памяти в пробе на запоминание 10 слов);
- багаж знаний патопсихолога должен постоянно пополняться («не стать ремесленником в своем деле»), знание как можно большего количества методик позволяет специалисту овладеть техникой проведения исследований, проявляя при этом известную тактическую гибкость, изменять направленность проведения эксперимента в соответствии с обнаруживаемыми в его ходе данными;
- следует использовать апробированные патопсихологические методики;
- патопсихологическая лаборатория должна находиться в отдельном помещении, изолированном от внешних шумов, с учетом 2-х отдельных комнат: 1 – «смотровая» для обследования больных; 2 – комната для выполнения различных технических работ, обработки данных;
- не допускается одновременное проведение исследования двумя патопсихологами в одной комнате; в комнате для исследования не должно быть ничего лишнего, что отвлекало бы внимание обследуемого либо давало ему повод насторожиться (ярких обоев или окраски стен;
- обязательна регистрации результатов исследования в журнале регистрации по следующей форме: номер протокола и дата проводимого исследования, фамилия, имя и отчество больного, диагноз, наличие экспертной задачи, номер истории болезни, первичный или повторный осмотр, номер отделения и возраст больного. Заводится и архивная картотека.

Наивысшей проверкой качества работы патопсихолога является его умение дать заключение по полученным материалам («культура диагностики» по Л.С. Выготскому, 1935), обобщить в нем обнаруженные данные.

Деонтологические требования к деятельности патопсихологов полностью совпадают с таковыми, предъявляемыми к психиатрам:

- ***сохранение профессиональной тайны*** (свои результаты и диагностические соображения патопсихолог сообщает только психиатру, направившему больного на исследование, он не может делиться своими предположениями относительно диагноза, лечения и прогноза с родственниками больного;
- ***ответственность,*** которую накладывает профессия патопсихолога (неверное заключение может способствовать нанесению ущерба больному как при неправильно назначенном лечении, так и в случаях принятия неадекватных мер социально-правового порядка;
- ***отсутствие ятрогенного влияния исследования*** (после исследования у больного не должны возникать мысли о своей психической несостоятельности в связи с поведением исследующего);
- ***позитивная настроенность патопсихолога*** (он всегда должен сохранять в беседе с больным максимальную психотерапевтичность, способствовать оптимистическим тенденциям и установкам больного в прогнозе течения заболевания и результатов лечения);
- ***рациональная организация работы*** (обследование одного больного должно занять не меньше 2-3 часов (конечно, в 2-3 приема), т.е. 2 исследования в течение рабочего дня, в течение месяца – не более 20-25 больных). Одна ставка патопсихолога вводится на специализированное отделение. Вопрос о необходимости направления больного к патопсихологу следует решать в соответствии с той пользой, которую может принести исследование в данном случае.

ПОНЯТИЕ «ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ» И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ ОБЩЕСТВА. МОДЕЛИ ОБУЧЕНИЯ ЗОЖ

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) – это способ реализации (формы) основных аспектов повседневной жизнедеятельности человека, которые способствуют сохранению и укреплению его здоровья, а также полноценному выполнению социальных функций. Это также – профилактика заболеваний, замедление прогрессирования уже имеющихся, профилактика преждевременной старости и смерти. *По преданию, в Древней Индии больного врача сжигали на костре или выгоняли в джунгли. Считалось, что если врач не может вылечить себя, используя опыт и знания, разве он вылечит больного?*

Во ВКЗ (внутренней картине здоровья) большое значение отводится когнитивным знаниям. Они помогают создавать мотивацию собственной жизни. К ЗОЖ должна быть мотивация. Благоприятные социально-бытовые условия –

это лишь предпосылки для ЗОЖ и реализации его принципов. *Например, хорошая обеспеченность продуктами питания – условие для рационального, сбалансированного питания, но при отсутствии культуры питания и путь к ожирению (избыточной массе тела) и другим болезням обмена веществ (диабет, подагра, атеросклероз). Наличие стадионов, дворцов спорта, игровых площадок не решают проблему гиподинамии при отсутствии потребности в движении, хотя все знают, что гиподинамия – путь к заболеваниям.*

Часто бывает и так, что хорошие бытовые условия нередко являются местом для использования саморазрушающего образа жизни (курения, алкоголизма, самолечения и т.п.), а выдающиеся спортсмены часто бывают выходцами из бедных семей. Таким образом, у людей должна быть **потребность вести здоровый образ жизни**. Она не должна появляться при заболевании или ухудшении самочувствия (расстройствах сна, повышении артериального давления, одышке при подъеме по лестнице, сердцебиении при незначительной физической нагрузке), а должна прививаться с детства путем правильного воспитания, корректироваться в течение последующей жизни (учебы, работы, проведения досуга).

Мужчины 40-45 лет только за счет отказа от вредных привычек (курения и злоупотребления алкоголем), регулирования питания и физической активности могут увеличить продолжительность своей жизни на 15-20 лет.

Вместе с тем в контексте изучаемого вопроса велика роль и **экологии:** например, бегать кроссы в условиях загрязнения воздуха, повышенной радиации или ультрафиолетового излучения – это не будет способствовать укреплению здоровья, а наоборот ускорит развитие заболеваний.

Рекомендации по ЗОЖ должны быть индивидуальными и учитывать специфику труда и отдыха у различных профессиональных групп, пол, возраст, состояние здоровья, национальные традиции и обычаи. Кто должен проводить ЗОЖ в жизнь? Пропагандой ЗОЖ в первую очередь должны заниматься **госдеятели, руководители различного рода учреждений, философы, воспитатели, учителя, педагоги, психологи, тренера, медицинские работники и сотрудники оздоровительных комплексов, экономисты, средства СМИ** (обладают возможностью воздействия на большое число людей).

Какой пример подает неряшливо одетый, ожиревший, с сигаретой или стаканом в руке представитель этих профессий или должностей?

Задачи пропаганды здорового образа жизни: обеспечить информацией о ЗОЖ все группы населения; госорганам и общественным организациям создать **условия и мотивацию** населения для реализации ЗОЖ; вовлечь всех медицинских, педагогических, физкультурных и других специалистов в пропаганду санитарно-гигиенических знаний и воспитательную деятельности по формированию ЗОЖ; организовать всенародное движение за ЗОЖ (массовые старты, забеги, заплывы, кроссы; запрещение рекламы сигарет, пива, жевательных резинок, оральных противозачаточных средств); повысить эффективность

профосмотров и диспансеризации, усилить борьбу с пьянством, курением, потреблением наркотиков, самолечением.

Пропаганда ЗОЖ должна включать рекламу факторов оздоровления и антирекламу факторов риска развития заболеваний. Основная задача сегодня – совершенствование стиля жизни населения и накапливание потенциала здоровья! Выделяют следующие модели обучения ЗОЖ:

1. Медицинская: основана на информировании людей. Другое название «ЗОП» – знание, отношение, поведение. Суть ее – человек знает, что такое-то поведение вредно, он от него воздерживается. И наоборот, если он знает о чем-то полезном для здоровья, то знание об этом автоматически приведет к соответственному поведению. На практике такой взгляд не работает, так как он слишком упрощен.

2. Образовательная: цель – оказать влияние на поведение человека в отношении своего здоровья, выработать здоровые навыки. Она включает в себя представления о своем здоровье как ценности. Эта модель не затрагивает глубинных представлений о здоровье в юношеском возрасте, так как для молодых людей здоровье выглядит как нечто само собой разумеющееся и не связанное с собственными усилиями, как данность, которая есть у человека. Отсюда понятно, почему для подростка курение выступает символом самостоятельности.

3. Радикально-политическая: основана на том, что часто нужно изменить внешние обстоятельства, чтобы содействовать правильному принятию решения о здоровье. Она включает создание нормативных актов – законов, указов, постановлений; выдачу субсидий. Применение методов воздействия при этой модели связано с механизмом идентификации молодых людей с носителями тех или иных идеалов социального поведения, которые для них являются доступными.

4. Модель самоусиления: объединяет в себе достоверную медицинскую информацию (1-я модель), требуемые для принятия решения навыки (2-я модель) и дающее психологическую поддержку окружение, поддерживающее здоровый образ жизни (3-я модель).

Анализ современных моделей обучения здоровому образу жизни показывает, что, представление о здоровье как непреходящей ценности для каждого человека не является таковым.

ЗОЖ – культурно-исторический феномен, требует как конкретного индивидуального подхода, так и работы с отдельными возрастными и социальными группами. В основе ***обучения здоровому образу жизни*** лежит идея о том, что *человек должен работать*. Надо осознавать, что труд есть биологическая необходимость. При отсутствии труда не только мышцы становятся дряблыми, но и интеллект. Мозг приходит в хаос, если его не использовать постоянно для достойных интеллектуальных занятий.

Нельзя работать только ради материального достатка и социального положения в обществе. Человек должен создавать себе такое окружение, которое

соответствует его предпочтениям (в лице руководителя, жены, работы, друзей), что позволит устранить нужду в постоянной изматывающей реадаптации после общения с неприятными ему людьми. *Отличительная черта человека, реализующего свою ВКЗ, состоит в том, что он стремится улучшить свое окружение и себя.* **Вкус и аромат жизни** приносит только общение с близкими по духу людьми. Кроме него, есть еще виды деятельности, которые обладают целебной силой в борьбе со стрессом. Это любимая работа, полноценный сон, чистый воздух, здоровая пища.

Чаще всего люди страдают не от того, что чего-то не имеют, а от того, что у них нет вкуса и желания что-то делать. Сегодня следует «переориентировать интересы широкой публики» на ЗОЖ.

Старение или уровень износа организма – итог всех стрессов, которым организм подвергался в течение всей жизни. Это фаза истощения общего адаптационного синдрома. *Выдающиеся труженики жили долго: Бернард Шоу, Микеланджело, Альберт Швейцер жили и трудились после 90 лет (труд не был им постыл, работали не только ради куска хлеба...).*

ЗОЖ должен быть отдаленной (стратегической) целью человека, тогда и мотивация будет устойчивой. Она же должна быть сознательной (осознанной самим человеком).

Лекция № 19
ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА

Вопросы:

1. Этика и деонтология: определение, актуальность понятий, теории морали.

2. Этика поведения медицинского психолога: принципы и нормы.

3. Деонтологические аспекты экспериментально-психологического исследования.

4. Этические проблемы на современном этапе развития медицины. Ятрогения.

ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, АКТУАЛЬНОСТЬ ПОНЯТИЙ, ТЕОРИИ МОРАЛИ

Этика медработника – это моральные нормы медицинской профессии. Это вопросы врачебной тайны, репутации медработника, правильное «сексуальное поведение», пропаганда ЗОЖ и недопустимость популяризации вредных привычек. Она исходит еще от клятвы Гиппократа. *Например, правильное «сексуальное поведение» трактовалось родоначальником медицины так: «В какой бы дом я не вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всякого намеренного, неправедного и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами».*

Деонтология в медицине – это наука о должном поведении медицинского работника. Сегодня эти два понятия, этика и деонтология, часто употребляются вместе. Существует несколько определений **медицинской этики и деонтологии**. Приведем несколько определений этих понятий:

- это учение о нравственных основах поведения человека в условиях лечебно-диагностического взаимодействия;
- это совокупность этических норм и принципов поведения медицинского работника при выполнении им своих профессиональных обязанностей.

Квалификация врача, в том числе и врача-психолога, включает как минимум два качества – это уровень знаний и навыков во-первых, и нравственные принципы специалиста, во-вторых. Ни в какой другой профессии нет такой взаимообусловленности этих двух качеств.

Этика определяет законы морали и нравственности. Их нарушение не влечет уголовной ответственности, но приводит к нравственному суду, так называемому «суду чести». В роли «судьи» может выступать как сам медработник, так и его социальное окружение. В области медицинской этики сегодня доминируют две теории морали: 1) ***деонтологическая***, которая основой нравственности определяет **выполнение долга**; 2) ***утилитарная,*** считающая главным качеством нравственного поступка его **полезность**.

ЭТИКА ПОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА: ПРИНЦИПЫ И НОРМЫ

Современные тенденции гуманизации медицины предъявляют высокие требования к профессиональной деятельности медицинского психолога. Кроме специальных знаний, от него сегодня требуется глубокое осмысление этических аспектов своей работы. Только это может способствовать превращению формальной обязанности профессионала в повседневную форму его морального поведения. Социальный характер медицины, ее адресованность к личности пациента, социальные последствия медицинского диагноза, степень влияния любых действий медицинского работника на судьбу пациента являются доказательствами того, что медицина должна находиться в «зоне этического контроля».

В теоретическом отношении медицинская этика представляет собой один из разделов прикладной (нормативной) этики, задача которой заключается не в объяснении происхождения моральных норм, а в выявлении того, какие из них этически оправданы.

В системе этических взаимоотношений при реализации медицинской практики, в том числе в сфере клинической психологии, выделяют этические принципы и нормы.

Принципы медицинской этики

К числу базисных принципов медицинской этики относятся следующие принципы: ***автономии, непричинения вреда, благодеяния и справедливости***.

Принцип автономии

Автономия (самоопределение) понимается как *личная свобода в совершении поступка в соответствии со свободно принятым решением*. Принцип автономии подразумевает также осознание и уважение достоинства и автономии других людей.

В рамках этого принципа выделяются следующие понятия:
– автономная личность;
– автономный выбор;
– автономное действие.

Автономная личность *действует перманентно на основании свободно и самостоятельно выбранного плана, опирающегося на необходимую информацию.* В отличие от этого, лицо с ограниченной автономией либо находится под жестким контролем других, либо не способно обдумывать свои планы или действовать в соответствии с ними, как, например, заключенные или тяжело психически больные.

Автономный выбор личность делает *самостоятельно, независимо от других (людей, обстоятельств) и без принуждения.* Автономные личности нередко совершают неавтономный выбор в силу временных ограничений, накладываемых болезнью, или в результате принуждения. С другой стороны, лица, не являющиеся по сути автономными, могут иногда совершать автономный выбор. Так, госпитализированные психически больные, не способные в целом заботиться о себе и юридически признанные недееспособными, могут делать автономные выборы в предпочтении пищи или в поддержании отношений с окружающими.

Автономное действие характеризуется *намеренностью, пониманием индивидом характера действия и отсутствием определяющего его внешнего принудительного влияния.* Очевидно, что каждое из перечисленных условий может иметь свои градации по степени выраженности, поэтому действие считается автономным, если оно удовлетворяет этим условиям хотя бы в достаточной мере, исходя из общего контекста ситуации.

Принцип автономии (уважения автономии личности) предполагает: анализ личности, ее выборов и действий; провозглашает право автономного индивида не подпадать под контрольные ограничения со стороны других лиц; содержит обязанность не ограничивать автономных действий.

Из данного принципа также следует такое отношение к индивиду, которое способствует проявлению и развитию его автономии *(например, этической сущностью реабилитационных мероприятий в медицинской практике является поиск и поощрение, развитие сохранившихся «островков» автономии пациента, расширение сферы его автономных выборов и действий, восстановление автономии личности в целом).*

Выделяются ***семь основных аспектов автономии*** (В.А. Тихоненко, Т.А. Покуленко):

1) уважение личности пациента;

2) оказание пациенту психологической поддержки в затруднительных ситуациях (например, подсказка, с учетом дефицита времени, продолжить заполнение тестового бланка далее с последующим возвратом к «трудному месту» позднее);

3) предоставление ему необходимой информации (например, инструкции по проведению тестового задания или сведений о цели исследования);

4) возможность выбора из альтернативных вариантов (например, предоставление возможности пройти психологическое исследование на следующий день ввиду чрезмерной усталости);

5) самостоятельность пациента в принятии решений;

6) возможность осуществления контроля за ходом исследования (со стороны пациента);

7) вовлеченность пациента в процесс оказания ему медицинской, в т.ч. и психологической, помощи («терапевтическое сотрудничество»).

На практике принцип автономии предстает как ряд конкретных требований или ***профессионально-этических стандартов***: информированного согласия на исследование; права пациента на отказ от него, на полную информацию о своем психологическом состоянии, результатах экспериментально-психологического исследования, на содействие в осуществлении автономного решения и т.п.

Автономия не должна пониматься как беспредельное своеволие. Свобода действий индивида допустима в той мере, в какой эти действия не нарушают автономии других, не наносят ущерба окружающим, не создают угрозы их правам и свободам. Например, недопустим посторонний шум при проведении группового тестирования. В противном случае вполне оправданы ограничительные санкции и установление контроля за поведением индивида. Принципы **«непричинения вреда», «благодеяния»** и **«справедливости»** вытекают из содержания клятвы Гиппократа.

Принцип непричинения вреда

Принцип ***непричинения вреда*** относится к числу традиционных в медицинской этике и зачастую совмещается с принципом благодеяния, как это видно из текста «Клятвы Гиппократа». Однако запрет творить зло и побуждение к созиданию добра несут разную смысловую нагрузку и нуждаются в отдельном рассмотрении.

Принцип непричинения вреда предписывает обязанность не наносить ущерба пациенту не только прямо, намеренно, но и косвенно. Для реализации этого принципа и уменьшения риска вреда или побочных эффектов предлагаются ***четыре требования***:

1) то, что мы намереваемся делать, не должно быть безнравственным и не должно быть злом;

2) предполагаемый риск не должен быть средством для достижения благой цели; планируемое действие может иметь побочные эффекты, но это не значит, что благая цель оправдывает любые средства; нельзя совершать что-либо безнравственное только потому, что за этим может последовать нечто положительное;

3) побочный эффект не может быть специальной целью, а только тем, с чем приходится мириться;

4) для совершения действия, за которым могут наступить негативные последствия, нужны веские основания; это означает необходимость взвешивания возможного блага и риска, причем благо должно перевешивать риск или потерю (правило «пропорциональности» или «двойного эффекта»).

Принцип благодеяния

Мораль требует, чтобы медицинский психолог не только относился к пациенту как к автономному лицу, избегал причинять ему вред, но и оказывал ему помощь, способствовал благополучию пациента. Такие действия, направленные на благо пациента, подпадают под принцип благодеяния.

Принцип благодеяния *провозглашает обязанность помогать пациентам в осуществлении их важнейших и законных интересов.* Благодеяние – это профессиональная обязанность врачей, закрепленная во всех кодексах медицинской этики. **М.Я. Мудров** писал о том, что врач должен выписывать рецепт таким образом *«чтобы больной принимал его с восхищением»*.

Биомедицинская этика при осуществлении принципа благодеяния настаивает на необходимости взвешивания нравственных ценностей индивида. Например, что в конкретной ситуации для него более значимо – жизнь, здоровье или самоопределение?

Считается, что долг благодеяния необходимо осуществлять при наличии следующих ***4 условий***:

1) лицо, которому мы должны помочь, находится в опасности или под угрозой серьезного ущерба;

2) врач располагает реальными средствами для предотвращения этой опасности или ущерба;

3) действия врача, вероятнее всего, предотвратят опасность или ущерб;

4) благо, которое лицо получит в результате действий врача, перевешивает ущерб, а сами действия представляют минимальный риск.

Принцип благодеяния состоит из двух более конкретных: ***принципа позитивного благодеяния*** т.е. обеспечения блага (включая и устранение вреда), и ***принципа полезности*** (или пропорциональности), который требует взвешивания преимуществ и ущерба. При этом принцип полезности может быть легко сориентирован на то, чтобы отдать приоритет интересам общества в ущерб интересам индивида. Так, этим принципом можно оправдать проведение опасных экспериментов, если предполагается их выдающееся значение для общества. Однако завышенная оценка интересов общества, как правило, квалифицируется современным моральным сознанием как несправедливость.

Принцип справедливости

Вопрос о справедливости распределения ресурсов особенно актуален в условиях их нарастающего дефицита. Это имеет прямое отношение к ресурсам медицинской помощи в наших условиях. Отсюда возникающие дилеммы – чему отдавать предпочтение: профилактике или лечению, экстренной помощи или программам долговременной поддержки больных, лечению молодых или стариков, затратам на восстановление трудоспособности или на обеспечение малоперспективных инвалидов?

Принцип справедливости *призывает прежде всего к распределению ресурсов здравоохранения (и следовательно, доступа к ним членов общества) в соответствии со справедливым стандартом*. Этот стандарт может иметь сравнительный характер, и тогда блага, приобретаемые пациентом, определяются путем сравнения его потребностей с потребностями других членов общества.

Но ресурсы помощи могут распределяться и по стандарту безусловной справедливости, независимо от потребностей «конкурирующих» лиц. Примером может служить предоставление отдельных удобных мест в общественном транспорте для больных и инвалидов. Дальнейшая проработка принципа справедливости идет по пути поиска соответствия социальной ценности индивида, его реального или потенциального вклада в благополучие общества и выделяемых ему ресурсов здравоохранения.

В контексте изучаемой темы принцип справедливости в сфере медицинской психологии может проявляться в преимущественном отборе лиц, показавших лучшие результаты психологического исследования, на обучение престижным профессиям.

Нормы медицинской этики

Этические принципы, применяемые в медицинской психологии, являются основой для более конкретных этических норм: ***правдивости, приватности, конфиденциальности, лояльности, компетентности.***

Норма правдивости

Норма ***правдивости*** *предполагает обязанностью психолога и пациента говорить правду.* Эта норма в медицинской этике является относительно новым требованием, появившимся как конкретизация принципа автономии пациента. В защиту этой нормы можно привести несколько аргументов.

1. Обязанность говорить правду есть проявление нашего уважения к другим. В медицине оно находит выражение в уважении к автономии, являющемся основанием стандарта информированного согласия. Согласие не может быть автономным, если оно не опирается на правдивую информацию.

2. Будучи вовлечен в исследовательские отношения, пациент становится участником своего рода социального договора, дающего особое право на правдивые сведения о результате исследования. Точно так же и психолог имеет право на получение правдивой информации от пациента.

3. Правдивые отношения необходимы для успешного взаимодействия и сотрудничества в ходе лечебно-диагностического процесса.

Абсолютность этой обязанности оспаривается ссылками на практикуемый в медицине *«обман во благо»*, когда не раскрывается истинное положение пациента, что считается большим благодеянием. Нарушение нормы правдивости может быть оправдано, когда она вступает в противоречие с другими обязанностями, имеющими приоритет в конкретной ситуации. Кроме того, сам пациент может наложить ограничения на сообщение ему медицинской информации по мотивам абсолютного доверия психологу или нежелания узнать плохие вести. В таких случаях «право пациента знать» сочетается с его «правом не знать».

Норма приватности

Норма ***приватности*** *подразумевает обязанность не вторгаться в сферу личной (частной) жизни пациента.* Речь идет:

– во-первых, о недопустимости бесцеремонного вторжения в эту сферу без согласия пациента, что не исключает возможности (а для некоторых врачей, например психиатра, сексопатолога, и необходимости) деликатного проникновения в мир сугубо интимных отношений;

– во-вторых, о сохранении за пациентом права на личную жизнь даже в условиях, стесняющих его свободу. Нарушение приватности, не продиктованное строгой медицинской необходимостью, квалифицируется как *неоправданный патернализм.*

Норма конфиденциальности

Конфиденциальность *– это доверительность отношений, основанная на неразглашении информации.* Это означает, что информация, предоставляемая пациентом медицинскому психологу или полученная медицинским психологом в результате обследования, не может быть передана другим лицам без разрешения пациента.

Норма конфиденциальности:

– оправдана как с точки зрения принципа автономии, который она выражает, так и с точки зрения производимых ею последствий;

– она дает возможность удовлетворить потребность пациента в защите информации от третьих лиц;

– повышает уровень доверия психологу;

– способствует более полному предоставлению необходимых сведений, реализации требования взаимной честности и достижения целей диагностики и лечения.

Хотя конфиденциальность зафиксирована во всех кодексах медицинской этики, она, к сожалению, нарушается практически повсеместно. К тому же некоторые законы устанавливают пределы конфиденциальности и требуют от врачей сообщения информации о пациентах, независимо от согласия последних (например, органам следствия, суду, прокуратуре).

Норма лояльности

Лояльность *– верность долгу, добросовестность в исполнении явных или подразумеваемых обещаний способствовать благополучию пациента.*

Основой для нормы ***лояльности*** являются принципы уважения автономии и позитивного благодеяния. Лояльность психолога проистекает из ролевых отношений, которые устанавливаются между врачом и пациентом. Конфликтные ситуации возникают тогда, когда в этих отношениях появляются интересы третьих лиц: родителей (при лечении детей и подростков), социальных институтов (например, правоохранительных органов), студентов (в процессе обучения в клинике). В этих случаях этическое решение зависит от значимости тех или иных отношений.

Норма компетентности

Норма ***компетентности*** *заключает в себе адресованное медицинскому психологу требование овладеть специальными знаниями и практическими навыками.* Без этого условия его деятельность недопустима и вредна, какими бы благими намерениями она ни оправдывалась. Нельзя быть профессионально некомпетентным. Нельзя трактовать как болезнь обычные психологические проявления: грусть и печаль называть субдепрессией, гнев – дисфорией, увлеченность – гипопаронояльностью, враждебность – гипопараноидностью. На психологическом жаргоне процесс подобной подмены точно назван **«профессиональным кретинизмом»**. Эта норма призывает психолога не выходить за границы своей специальности, оставаясь на твердой почве научных знаний и опыта, которыми располагает соответствующая медицинская дисциплина.

Анализ ***этических принципов*** и ***норм*** показывает, что они составляют определенную систему, элементы которой иерархически организованы, сбалансированы и логически не противоречивы. Поэтому и использоваться они должны именно как система с учетом их взаимодействия, а не в качестве изолированных фрагментов, выбираемых специалистом в зависимости от его вкуса. Охватывая максимально широкое поле медицинской практики, они, вместе с тем, носят достаточно общий характер и задают лишь направления моральной ориентировки врача. Вот почему традиционно этические принципы и нормы составляют основу кодексов медицинской этики.

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Успешное проведение экспериментально-психологического исследования во многом зависит от отношений, складывающихся в процессе общения между исследующим и больным. Здесь неприемлемы «стереотипы» поведения экспериментатора, «шаблоны» при использовании диагностических методик. Особенно это касается пациентов, впервые в жизни попавших в необычную для себя ситуацию. Существенную роль в проведении экспериментально-психологического исследования играют следующие факторы:

- *особенности личности и психическое состояние испытуемого;*
- *задача исследования и отношение к нему обследуемого;*
- *особенности личности психолога, его культура, такт, внимание к обследуемому;*
- *место проведения психологического исследования, интерьер и оборудование кабинета психолога.*

Важно понимать, что психолог не может в достаточной мере влиять на факторы, обусловленные состоянием больного и его индивидуальными свойствами. Они могут лишь учитываться им при выработке тактики поведения в

ходе исследования. В то же время требования к личности психолога могут быть сформулированы достаточно четко. Он должен быть:

- *высококультурным человеком;*
- *с широким кругом интересов (помимо своей профессиональной эрудиции);*
- *тактичным, выдержанным, деликатным;*
- *терпимым к чужому мнению, доброжелательно настроенным по отношению к обследуемому.*

Исследование ни в коей мере не должно носить характер экзамена, при котором экзаменатор не скрывает удовольствия при виде допущенной экзаменуемым ошибки. Чаще всего в процессе опыта исследующий должен сохранять невозмутимость, бесстрастность. Допускаемые больным ошибки могут анализироваться в беседе с ним, но только в порядке обсуждения мотивов, которыми руководствовался в своем суждении обследуемый.

Принципиально неправильно лишь регистрировать ошибки и не искать обусловившую их причину. Часто во время исследования психолог убеждается в том, что ошибочное суждение было случайным и не находит подтверждения в материалах дальнейшего проведения эксперимента. Поспешно ориентируясь на подобного рода ошибочные решения, психолог рискует составить неверное заключение о течении у обследуемого психических процессов (исключением может быть исследование «уровня притязаний», когда бывает необходимо создать у обследуемого впечатление об ошибочности решения).

Иногда исследующий помогает больному выполнить задание наводящими вопросами, подсказыванием, одобрением или неодобрением отдельных его суждений, показом решения аналогичных заданий. При этом представляет интерес эффективность помощи исследуемого, возможность коррекции ошибочных решений, допущенных обследуемым.

Сохранение психологом во время обследования невозмутимости, беспристрастности обязательно. Даже при явно нарочитом поведении обследуемого не следует внешне проявлять свое неудовольствие, раздражение, так как отрицательными эмоциональными реакциями на поведение обследуемого никогда не удается изменить характер его поведения в ситуации исследования.

В то же время излишняя беспристрастность исследующего также может отрицательно сказаться на результатах исследования. Уловив в тоне и манерах исследующего проявления безразличия, обследуемый также изменяет свое отношение к исследованию и показывает значительно худшие результаты (например, запомнить меньше слов, чем может в пробе на запоминание). Это, прежде всего, касается обследования детей, когда создаваемые игровые ситуации ставят целью активизацию пациента.

Важнейшую роль играет уровень профессиональных знаний психолога. Он должен быть хорошо подготовлен теоретически и практически, глубоко знать основы психологической науки и быть достаточно сведущим в вопросах психиатрии. Багажа знаний, полученных в ВУЗе, бывает мало. Чтобы не стать

ремесленником в своем деле, психолог должен постоянно следить за новой научной литературой по проблемам психологии и психиатрии.

В текущей работе важно использовать лишь достаточно апробированные и хорошо известные (в том числе и самому исследователю) экспериментально-психологические методики. Знание как можно большего их количества позволяет специалисту овладеть техникой проведения исследований, проявлять при этом известную тактическую гибкость, изменять направленность проведения эксперимента в соответствии с обнаруживаемыми в его ходе данными.

Наивысшей проверкой качества работы психолога является его умение дать заключение по полученным материалам, обобщить в нем обнаруженные у пациента данные. «Культура диагностики» – это своеобразное искусство, требующая постоянного повышения профессионального уровня психолога (Л.С. Выготский, 1935).

К деятельности медицинских психологов полностью применимы деонтологические требования, предъявляемые обычно к психиатрам. Одно из них – это сохранение профессиональной тайны. Свои результаты и диагностические соображения психолог сообщает только психиатру, направившему больного на исследование. Он не может делиться своими предположениями относительно диагноза, лечения и прогноза с родственниками пациента.

Психолог не должен забывать и об ответственности, которую накладывает на него профессия, так как неверное заключение может способствовать нанесению ущерба больному как при неправильно назначенном лечении, так и в случаях принятия неадекватных мер социально-правового порядка.

Патопсихологическое исследование не должно быть **ятрогенным**. После проведения исследования у больного не должны возникать мысли о своей психической несостоятельности в связи с поведением исследующего. Напротив, психолог всегда должен сохранять в беседе с больным максимальную психотерапевтичность, способствовать оптимистическим тенденциям и установкам больного в прогнозе течения заболевания и результатов лечения.

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНЫ. ЯТРОГЕНИЯ

Многие **постулаты Гиппократа** входят в противоречие с современными понятиями о добре и зле, благе и вреде. Существуют проблемы в вопросах сохранения врачебной тайны, сообщения пациенту истинного диагноза его заболевания (**«святой лжи»**), эвтаназии, суицидов, патернализма, реконструкции личности при психотерапии, согласия на лечения, отношения к экстрасенсорике.

1. Проблема ***конфиденциальности*** – неразглашения врачебной тайны (интимных сведений, которые стали известны медицинским работникам в процессе обследования и терапии пациента).

Выдержка из клятвы Гиппократа: «Что бы при лечении – а также и без лечения – я ни увидел или не услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, ***я умолчу о том, считая подобные вещи тайной****».*

Проблема заключается в том, что больной может представлять общественную опасность в плане совершения преступления против близких ему людей или общества в целом, а врач ограничен рамками сохранения врачебной тайны, чтобы предотвратить преступление. Ранее этот вопрос однозначно решался в пользу общества, теперь же количество этих ситуаций законодательно ограничено лишь случаями *непосредственной опасности для окружающих.* Однако за рамками этой ситуации остаются другие: *сообщения родственникам без согласия больного характера его заболевания* (например, шизофрении). Где здесь большее благо, для жены или больного? Данная ситуация должна разрешаться в пользу пациента, информацию о его заболевании, лечении, прогнозе и т.д. следует сообщать только по его доброй воле.

2. Проблема ***информирования пациента о диагнозе его болезни.***

Выдержка из клятвы Гиппократа: «Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь ***от причинения всякого вреда*** *и несправедливости».*

Например, онкология! Считается что правда о диагнозе может нарушить адекватное проведение терапии из-за отрицательных эмоций пациента вплоть до суицида. Неопределенность же может нести защитные психологические функции. По данным А. Реск при поступлении в онкологическую клинику менее 10,0% больных не знали о своем диагнозе, остальные пришли к этому самостоятельно. *А.Ш. Тхостов: «В сущности сообщение больному диагноза не снимает неопределенности, а переносит ее в другую, еще более важную сферу: в неопределенность прогноза, который в онкологии не может быть окончательным и достаточно определенным».* И в такой ситуации лучше, если больной будет не до конца знать, что с ним, чем зная это, будет думать о том, сколько ему осталось жить. Таким образом, в литературе преобладает **трактовка адаптивного влияния неопределенности для онкопациента**, затрагивающая диагноз, прогноз и прочие сопутствующие события, учитывающая ситуативное влияние информированности пациента на его психологический статус.

Приведем еще несколько проблемных вопросов подобного рода:

- *Как поступить в ситуации усыновления, когда через 5 лет после этого психиатр устанавливает психический дефект у ребенка? Сказать родителям правду, тем самым спровоцировать возврат ребенка в детдом или не сказать, умолчав об истинном диагнозе заболевания? Что будет нравственно, а что нет?*
- *Как поступить в случае, когда пациент требует ему дать полную информацию о психической болезни? Этически оправдано сообщение ему об этом, но только в форме, которая не ухудшит психическое состояние пациента.*
- *Что делать в случае, если лицо с психическим заболеванием занимается политикой или занимает важный государственный пост? А если это шизофрения или психопатия? Надо ли скрывать диагноз от родственников и ближайшего*

окружения? Если нет, то кого из них следует включать в список разглашения? Сообщать только диагноз или аргументы для его доказательства? Что вообще следует из диагноза? Диагноз – это основание для лишения поста или нет? Очевидно, что законодательный подход к этому вопросу неперспективен и нецелесообразен!

3. Проблема ***эвтаназии*** (добровольного, безболезненного лишения себя жизни). Ряд судебных процессов, прокатившихся по Европе в последние годы, указывает на то, что отношение общества к ней далеко не однозначно.

В сравнении с проблемой эвтаназии в психиатрии более остро стоит вопрос о **«добродетели при сохранении жизни и возможности продолжать свой род умственно отсталым и лицам с врожденными отклонениями»**. С каждым днем крепнет мнение и находит все больше сторонников, что психически больные, гомосексуалисты, наркоманы, алкоголики должны быть принудительно стерилизованы. Со времен Спарты, когда физически уничтожались больные дети, до крайних проявлений античеловечности гитлеровской Германии с множеством жертв из числа «нечистой расы» проблема «чистоты вида человека» продолжает будоражить некоторые умы и сегодня.

Следует напомнить, что программа физического уничтожения душевнобольных во времена третьего рейха в Германии включала ряд последовательных этапов (J.E. Meyer):

1. Стерилизация, которой подлежали больные шизофренией, циклотимией, наследственной эпилепсией, хореей Гентингтона, наследственной слепотой и глухотой, алкоголизмом, умственной отсталостью.

2. Уничтожение детей с умственными и физическими недостатками.

3. Акция «Т-4» – постепенное полное физическое уничтожение взрослых психически больных к 1945 году.

4. Проблема ***суицидального поведения.***

Она была уже актуальна во времена Гиппократа: *«Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла».* Насколько допустимы меры вторжения в жизнь больного человека? Конечно же, суицидальное поведение в остром психотическом состоянии определяет необходимость срочной госпитализации. То же поведение, но пациента в состоянии невротической депрессии по поводу диагностики у него рака? В данном случае этически правильным будет разубедить человека в необходимости совершать самоубийство. Всегда следует понимать, что психически здоровый человек имеет право как на жизнь, так и на смерть! В этом заключается диалектический подход к проблеме.

5. Проблема ***паттернализма.*** Суть ее в возможности и допустимости принятия врачом на себя роли человека, диктующего больному, как тому следует поступать в жизни. Влияние врача при этом идет в сферы жизни пациента, которые не связаны непосредственно с болезнью: замужество, женитьба, развод, деторождение, поступление на работу…

Пример: Пациентка с невротическими расстройствами, возникшими после измены супруга, просит врача дать совет о возможности и целесообразности совместной

жизни с мужем. Врач не имеет этического права дать его, поскольку любой из них будет обосновываться не медицинскими, а собственно нравственными критериями.

6. Проблема ***реконструкция личности при психотерапии.*** Насколько оправдано вторжение в личностную структуру пациента с целью излечения? Ведь цель психотерапии – реконструкция личности. Принципиально, чтобы пациент знал, к какому состоянию его готовится подвести психотерапевт, и добровольно шел на это.

7. Проблема ***«лечения без согласия».*** Это проблема терапии без оповещения пациента о назначенных ему лекарствах, механизмах действия, побочных эффектах. Недопустимо назначение антипсихотических препаратов (подбрасывание их в пищу), когда человек не знает об их приеме.

8. Проблема ***экстрасенсорики.*** Это тоже область медицинской этики. Важна оценка экстрасенсорики врачом и его рекомендации применять или отказываться от этих методов лечения. Что считать этичным – врачебный запрет обращаться к экстрасенсам и ясновидящим или поощрение этих действий? Насколько этичны размышления: «Раз помогает – значит хорошо!». Врач не должен поощрять распространение мифологического мышления, это будет не этично! Этических проблем в медицине гораздо больше, но наиболее дискуссионными являются вышеперечисленные.

Ятрогения

Существует несколько определений это понятия. Ятрогения это:

- болезнь, которую внушил медработник (чаще используется в обиходе);
- заболевания или осложнения заболеваний, вызванные тяжелыми переживаниями больного, порожденными словами или действиями врачей и среднего медицинского персонала.

Ятрогения может возникнуть при употреблении в речи непродуманных утверждений, вопросов, неопределенных по смыслу предложений. Например, недопустимы высказывания медицинского персонала типа: *1) Если Вы будете лечиться пенициллином, у Вас в организме заведутся грибки. 2) Новые сосуды и сердце мы Вам не вставим... 3) Как Вы можете жить с такими разболтанными нервами? 4) Напрасно вы боитесь этого лекарства, срок его годности давно закончился!... 5) Похоже на опухоль, надо сделать прицельный снимок...6) У Вас аорта, как паровозная труба... 7) Подобное я уже встречал у пациента, который умер год тому назад...*

Ятрогения возможна даже при неадекватном использовании методов исследования познавательных процессов (памяти, мышления, интеллекта). Так вопрос: *«Сколько будет 3+5?»* для человека с высшим образованием бестактен. В толковании смысла пословиц и поговорок – задача определить переносный смысл пословицы *«Все кошки ночью серые»* непосильна для человека с 4-я классами образования, всю жизнь проведшего «вдали от цивилизации». Обязательно надо учитывать возраст, образование, культуру, особенности больных.

Она может возникнуть при использовании наигранно-ласкового, сюсюкающего обращения медперсонала с больным. *Например, фраза: «Сейчас мы возьмем Вам кровь из пальчика, а затем Вы можете лечь в кроватку» неуместна, когда речь идет о взрослом пациенте.* Ятрогения возможна при наличии оговорок, неточностей в речи медперсонала. *Например, массажистка, уложив больного и приготовившись к массажу, говорит пациенту: «Протяните ноги…».*

Выделяют также **«немые ятрогении»**, когда не слово и действие, а отсутствие необходимых разъяснений больному вызывает у него болезнь; **«библиогенные ятрогении»** – следствие самостоятельного чтения медицинской литературы.

Эгротогения (*aegrotus – больной*) – совокупность болезненных изменений психики больного в сторону ухудшения его состояния под влиянием неправильного поведения других больных. *Например, запугивают, неправильно трактуют симптомы, сомневаются в правильности назначенного лечения, точности диагностических процедур.*

Лекция № 20
ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Вопросы:

1. Определение психологической помощи и ее виды.
2. Психологическое консультирование.
3. Психологическая коррекция.
4. Психотерапия.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ЕЕ ВИДЫ

Под **психологической помощью** понимается предоставление человеку информации о его психологическом состоянии, причинах и механизмах появления психологических или психопатологических феноменов, а также активное целенаправленное воздействие на индивида с целью: а) гармонизации его психической жизни, б) адаптации к социальному окружению, в) устранение болезненных проявлений, г) реконструкции личности для формирования у нее стрессо-, неврозо- и фрустрационной устойчивости.

Традиционно выделяют 3 вида психологической помощи: психологическое консультирование, психокоррекцию и психотерапию. Они предполагают воздействие на различные стороны личности, имеют разнящиеся цели и способы, могут применяться раздельно и в сочетании.

Психологическое консультирование. Основная цель – формирование личностной позиции (взглядов на жизнь, ценности, различные стороны человеческого бытия).

Психологическая коррекция. Основная цель – выработка и овладение навыками оптимальной для индивида и эффективной для сохранения психического здоровья деятельности.

Психотерапия – устранение проявлений болезни, чем достигается гармония личности.

Если психологическое консультирование – это диагностический процесс (что имеет место – норма, аномалия или болезнь?) в сочетании с информированием пациента о характере его психической деятельности и обучении навыкам психологической защиты, то психологическая коррекция – это всегда активное воздействие. Ей предшествует, естественно, психологическое консультирование.

Психотерапия – это также активное воздействие на пациента, не имеющего признаки психической болезни и находящегося в состоянии стресса, кризиса, фрустрации.

Медицинский психолог должен разрабатывать план обследования, выносить экспертное заключение, а также выбирать план «ведения больного». По какому пути направить: 1) медицинский; 2) психологический. Его сфера деятельности:

- помощь психически больным (кроме острых психотических случаев);
- психологические проблемы здоровых;
- психологические проблемы больных.

Под **воздействием** в процессе оказания психологической помощи понимается изменение психической реальности пациента, вызывание новых эмоций, переживания с его стороны. Используют 3 приема: манипулирование, управление и формирование.

– **Манипулирование** – в соответствии с целями кого-либо или чего-либо («обесценивание» человека).

– **Управление** – в соответствии с ее (психической реальности) свойствами (нет адекватной саморегуляции – патология характера).

– **Формирование** – в соответствии с ее социальной или индивидуальной нормой.

Психотерапия сфера деятельности врача (психиатра). Причины – необходимость ориентации на симптомы болезни; возможность ухудшения состояния в ходе ПТ; уголовная ответственность при осложнениях. К психологическому консультированию нет противопоказаний, к коррекции – промежуточное положение в системе психологической помощи, к ПТ имеются (личностные особенности, тяжелые соматические нарушения).

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

Психологическое консультирование включает:

- обсуждение проблемы с пациентом;
- варианты преодоления и профилактики;
- информирование пациента о его индивидуальных психологических качествах и типах реагирования (беспристрастно, с оценкой реакции);
- обучение методам саморегуляции.

Цель – выработка активной позиции к проблеме (стрессу, фрустрации). Диагностика при проведении психологического консультирования: интервьюирование, экспертно-психологические методики: на 1) особенности функционирования психики; 2) параметры индивидуальности.

I) Существует 3 подхода к сообщению пациенту результатов исследования:

- оптимистический (стакан наполовину полон водой);
- пессимистический (стакан наполовину пуст);
- нейтральный (жидкость занимает половину объема стакана).

Фокусировка ответа возможна на отдельные психические функции или на весь организм.

II) Существует 2 подхода к описанию полученных данных после интервью и диагностики: 1) Оценочный подход (здоровый-больной; нормальный-ненормальный…) и 2) Описательный подход – (описание признаков болезни).

III) Выделяется 2 подхода к терминологии:

- специфическая научная («использование каузальной атрибуции»);
- обыденный язык (чтобы был понятен пациенту).

Психологическое консультирование подразумевает обучение навыкам саморегуляции (только информирование), тренинги подразумевают уже психокоррекцию. Пациенту дается максимум информации о психологической защите и компенсации, закономерностях развития, этапах, исходах конфликтов. Суть обучения психологическим защитам – сохранить баланс «внешние силы – внутренние ресурсы». Варианты защит:

1. Рационализация – самооправдание, в болезни виноваты внешние условия.

2. Проекция – приписывание своих черт другим лицам.

3. Вытеснение – забывание, игнорирование болезни.

4. Идентификация – сопоставление себя с кем-либо (с детьми: «Хочу, чтобы они достигли в жизни того, чего не достиг я»).

5. Компенсация – стремление добиться успеха в какой-то области, так как в другой что-то мешает это сделать (рост, глухота…).

6. Гиперкомпенсация – стремление добиться успеха в той области, которая была недоступной.

7. Фантазирование – воображение неисполнимых желаний.

8. Сублимация – энергию напряжения в социально-полезную деятельность.

9. Доминирующие идеи – эмоциональные убеждения, якобы самые важные в жизни, которые реализуются, несмотря на личные трудности и трудности для других.

Усвоение защит – это новый взгляд на свою психику и особенности реагирования. Выбор ее – за пациентом. Нельзя навязывать «единственно верный путь». В этом отличие консультирования от коррекции и психотерапии. Психологическое консультирование – это начальный этап «реконструкции личности».

В зависимости от видов психологической помощи возможны варианты коррекции одного и того же состояния – к примеру, суицидальных намерений:

Пс/консультирование: перенести ответственность за решение на самого пациента.

Пс/коррекция: тренинг «искоренить неправильный мировоззренческий настрой».

Пс/терапия: суицидальные намерения – это болезнь, лечится внушением.

Психологическое консультирование. «Мишень» – межличностные конфликты (развод, измена, увольнение, наказание); соматические заболевания. Наиболее известные методики:

1. Рациональная психотерапия (P. Dubois)
2. Логотерапия (V. Frankl)
3. Психология самореализации (A. Maslou)
4. Позитивная психотерапия (N. Peseschkian)
5. Когнитивная терапия (A. Beck)
6. Рационально-эмотивная терапия (A. Ellis)

Хоть в названиях и есть термин психотерапия – эти методики консультативны. Почему? 1) Влияем на мировоззрение. 2) Основной метод – информирование. 3) «Мишень» – миропонимание, а вторично уже – психологические проблемы и невротические симптомы.

Патогенетическая психотерапия В.Н. Мясищева: осознать свои отношения, осознать связь психогенных факторов и невротических расстройств, осознать меру своего участия и глубину переживаний, способы реагирования, научить пониманию и вербализации своих чувств, обучить саморегуляции.

Логотерапия. Главное – (V. Frankl) помочь найти человеку смысл жизни. Нашел – восстановился духовно. А. Эйнштейн: *«Человек, считающий свою жизнь бессмысленной, не только несчастлив, он вообще едва ли пригоден для жизни».* Вернуть утраченный смысл можно методом убеждения.

Психология саморегуляции. Следует максимально использовать личностный потенциал. В него A. Maslou включал: внутреннюю природу человека («самость» – потребности, способности, особенности), потенциальные возможности, аутентичность (способность познать свои истинные потребности и возможности), способность понимать себя и потребность в любви.

Позитивная психотерапия (N. Peseschkian) – принцип «Человек обладает способностями к саморазвитию и «гармоничности». Цели: изменить представления о себе, расширить цели жизни. Использует:

1) Транскультуральный подход: дается информация об отношении к проблеме в других культурах. *Пример: «Человеку с облысением – облысение, а не густая шевелюра, в некоторых африканских племенах считается эталоном красоты».* Вырабатывается понимание относительности жизненных ценностей.

2) Положительную интерпретацию любых проблем и признаков болезни *(«Импотенция – способ избегания конфликтов в сексуальной сфере», «Фригидность – способность телом сказать «нет», «Анорексия – способность обходиться минимумом пищи»).*

Когнитивная терапия (A. Beck) – эмоциональные феномены возникают в связи с ***«систематическими предубеждениями»:*** отклонениями в оценке реальной действительности. Среди них выделяются:

- **Сверхгенерализация** – неоправданное обобщение на основании единичного случая.
- **Катастрофизация** – преувеличение последствий каких-либо событий.
- **Произвольность умозаключений** – бездоказательность и противоречивость при вынесении умозаключений.
- **Персонализация** – склонность интерпретировать события в контексте личных значений.
- **Дихотомичность мышления** – склонность к использованию в мышлении крайностей.
- **Выборочность абстрагирования** – описание ситуации в целом на основе мелкой незначительной детали.

Цель – исправить ошибочную переработку информации, создать убеждения здравого смысла.

Рационально-эмотивная терапия (A. Ellis) – близка к когнитивной терапии А. Бека. Цель – искоренение «когнитивных искажений» (иррациональных искажений и мыслей). Автор описал 12 основных искажений:

1. Для взрослого человека совершенно необходимо, чтобы каждый его шаг был привлекателен для окружающих.
2. Есть проступки порочные, скверные. И повинных в них следует строго наказывать.
3. Это катастрофа, когда все идет не так, как хотелось бы.
4. Все беды навязаны нам извне – людьми или обстоятельствами.
5. Если что-то пугает или вызывает опасения – постоянно будь начеку.
6. Легче избегать ответственности и трудностей, чем их преодолевать.
7. Каждый нуждается в чем-то более сильном и значительном, чем то, что он ощущает в себе.
8. Нужно быть во всех отношениях компетентным, адекватным, разумным и успешным.
9. То, что сильно повлияло на Вашу жизнь один раз, всегда будет влиять на нее.
10. На наше благополучие влияют поступки других людей, поэтому надо сделать все, чтобы эти люди изменялись в желаемом для нас направлении.

11. Плыть по течению и ничего не предпринимать – вот путь к счастью.
12. Мы не властны над своими эмоциями и не можем не испытывать их.

Цель – отказ от требований к действительности и самому себе в связи с неразумными установками. Иррациональные установки делятся на 4 группы:

- Долженствования («люди должны быть честными»; «супруг должен быть верным»).
- Катастрофические – («все ужасно и непоправимо»).
- Обязательной реализации своих потребностей («я должен быть счастлив»).
- Оценочная установка

Основной способ терапии – «сократовский диалог».

Метод рациональной психотерапии. Цель – обучить правильному мышлению, избеганию логических ошибок и заблуждений с целью предотвращения невротических симптомов.

Психотерапия «здравым смыслом». Это рациональная психотерапия (переубеждение человека на основании логики) + **становление многовариантного способа осмысления действительности.** Одновариантный (ригидный) – часть патологического мышления. База личностной позиции – «антиципационная состоятельность». Это способность прогнозировать варианты исходя из прошлого опыта. Формирование гармоничной личности возможно при соблюдении следующих принципов:

- Отказ от ***претензий*** – «мне никто ничего не должен».
- Отказ от ***однозначности*** – «это может значить все, что угодно».
- Отказ от ***фатальности*** в истолковании будущих событий – «все возможно».

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ

Цель – оптимизация, исправление и приведение в норму психических функций человека. Выделяют 5 видов ПК по Ю.С. Шевченко:

1. ПК отдельных психических компонентов психики (внимание, память, мышление…), либо коррекция личности.
2. Директивная или недирективная стратегия психокоррекционного воздействия.
3. Коррекция, направленная на индивида или сконцентрированная на семье.
4. ПК в форме индивидуальных или групповых занятий.
5. ПК как компонент клинической психотерапии.

Роль клиента при ПК не столь активна как при консультировании, даже более пассивна («лишь желание измениться»). Тренинг > выработка адекват-

ных, выгодных навыков. Человек вручает себя психологу, который восполняет недостатки, устраняет отклонения и прививает новые навыки. ПК – это **научение** принимать себя и реальность.

Основные методы ПК: манипулирование, формирование и управление человеком. Заданы эталоны (идеалы). Человек – материал, из которого лепится идеальный (для человека и общества) образ. Ответственность исключительно на психологе. Классическим является спектр манипулятивных методик: от Д. Карнеги до НЛП, других тренингов (женского обаяния, личностного роста, сексуальный тренинг).

Чаще ПК используется при проблемах, связанных с личностными особенностями, невротических психосоматических расстройствах.

Виды тренингов:

- аутотренинг; поведенческая (бихевиоральная) терапия; НЛП; психодрама; трансактный анализ (E. Bern).

Аутотренинг. Цель – овладеть навыками психической саморегуляции с помощью релаксационных способов. Релаксация (расслабление) – состояние бодрствования, характеризующееся пониженной психофизиологической активностью, ощущаемое во всем организме, либо в любой его системе. Снятие эмоционального напряжения достигается контролем за состоянием мышц и вызыванием релаксации. Вырабатывается «привычка отдыхать».

Поведенческая психотерапия. Вырабатывается условный рефлекс с целью снятия болезненных признаков или навыков адекватных привычек взамен неадекватным. Наиболее известны для ПК навязчивых страхов:

- **методика систематической десенсибилизации** (погружение человека в ситуацию, вызывающую страх с формирование новой адекватной реакции на ситуацию и затуханием старой, болезненной);
- **методика парадоксальной интенции** (переворачивание ситуации и доведение ее до абсурда (при эрейтофобии, страхе покраснеть научение выглядит так: «Ну, покажи-ка всем, как ты умеешь краснеть. Пусть все увидят, как это тебе удается»). Задача ее – лишить страхи эмоционально-негативного подкрепления.

НЛП (нейролингвистическое программирование) – психологическое манипулирование на основе изучения лингвистической метамодели человека. Суть – у каждого человека «лингвистический шаблон» познания мира и самого себя, выражения чувств и решения проблем. Модальность – наиболее характерный способ восприятия и отражения окружающей реальности. Их 3 типа: визуальная, аудиальная и кинестетическая. Принцип: выявляй модальность > корректируй поведение. Коррекция может не осознаваться или осознаваться человеком (первое – это управление человеком, второе – манипулирование с помощью

различных методов). Цель – выработка поведения, желательного для человека или его окружения. Техники НЛП: «якорение», «взмах», «взрыв», «метафора». Основным же является **«рефрейминг»** – переформирование личности (придать ей новую форму). Базовые положения:

- любое поведение (реакции) носит защитный характер и поэтому полезно; вредным оно может быть при использовании в несоответствующем контексте;
- у каждого существует своя модель мира, которую можно изменить;
- каждый обладает ресурсами, чтобы изменить субъективные: восприятие, опыт, модель мира.

В **«рефрейминге»** 6 этапов: 1) определение симптома, 2) расщепление себя на части, представленные здоровой и больной, ответственный за симптом, контакт с больной частью и осмысливание механизма возникновения симптома, 3) отделение симптома от первоначального мотива (намерения), 4) обнаружение новой части, способной удовлетворить это намерение с постановкой «якоря» (ассоциативной связи между событиями или мыслями), 5) – 6) формирование согласия «Я» на новую связь.

Психодрама. Это разыгрывание ролей с целью изучения внутреннего мира и выработки навыков оптимального социального поведения. Используется, если есть комплекс неполноценности. Игра > новые стереотипы поведения в разных ситуациях > выбирает оптимальный для себя стереотип, тем самым решая свои проблемы коммуникации.

Трансактный анализ. Личность рассматривается как совокупность 3-х состояний «Я»: Родитель, Взрослый и Ребенок. Суть – генетически запрограммированное поведение и эмоции: отношение к реальности – Ребенок инфантилен, Взрослый зрел, Родитель нормативен (оценочный стереотип поведения). Происходит диадный контакт (трансакция) при использовании тех или иных ролей. Цель – дать понять индивиду особенности его взаимодействия с окружающей средой, обучить его оптимальному поведению.

ПСИХОТЕРАПИЯ

Психотерапия (ПТ) – вид психологического воздействия (помощи) на пациента с целью устранения болезненных проявлений. Это уже сфера медицинской деятельности:

- сочетает психологические знания в отношении показаний и противопоказаний;
- накладывает ответственность за неквалифицированное использование методов и способов ПТ (в том числе и уголовную).

Традиционно выделяют 3 подхода к ПТ: **психодинамический, поведенческий и феноменологический.** Цель ПТ в узком смысле слова – исцеление пациента от болезненных проявлений. Выбор методики определяется субъективными и объективными факторами. Из объективных выделяют:

- характер психопатологического (болезненного) синдрома;
- этиопатогенез (причину, развитие) психических расстройств;
- индивидуально-психологические особенности пациента.

Из субъективных выделяют: индивидуально-психологические особенности психотерапевта; широту его знаний и навыков; ситуационные моменты (наличие времени, места для ПТ…). Ориентировка идет на проявления болезни, эффективность при них отдельных методик, личного опыта психотерапевта.

В психотерапии существует понятие **«психотерапевтических отношений»**. Они относятся к разряду «близких» отношений. От других отношений психотерапевтические отношения отличают следующие моменты:

- *время;*
- *цель;*
- *служба;*
- *деньги.*

Время – это значит, что время психотерапевтических отношений заведомо задано. Как только работа будет выполнена, психотерапевт и клиент расстаются, т.е. в их отношениях определен конец. Кроме того, обычно принято, что время отдельной психотерапевтической встречи также задается заранее.

Цель – определяет, что в самом начале психотерапии врач-специалист должен знать цель, с которой обратился клиент. Терапия заканчивается, когда психотерапевт и клиент согласны, что эта цель достигнута. Цели в процессе психотерапии могут меняться, и это проговаривается. Важно, чтобы цель имела позитивную формулировку (например, «я хочу быть здоровым», а не «я не хочу быть больным») и была реалистичной. Важно понимать, что существуют пациенты, которые неспособны ставить реалистичные цели. Они неспособны понять, чего они хотят. Для них обучение способности ставить цели может быть одной из целей психотерапии. *«В курсе терапии клиент взрослеет за счет того, что происходит переход от использования нездоровых стратегий (при помощи которых он пытается манипулировать окружением для получения поддержки) к использованию здоровых стратегий» (Korb, 1989).*

Служба – исходит из того, что во время психотерапевтического процесса психотерапевт «служит» целям клиента. Клиент определяет цели, а мы даем некоторые гарантии, что эти цели будут достигнуты (если эта работа входит в нашу компетенцию). Во время психотерапии психотерапевт акцентирует свое внимание на проблемах клиента.

Деньги – указывает на факт, что психотерапевтические отношения – это отношения за деньги. Деньги – это гарантия того, что психотерапевт будет достаточно внимателен к проблемам клиента. Цена должна быть достаточной, чтобы психотерапевт был заинтересован в работе с проблемами клиента. Она не должна быть слишком высокой, чтобы чрезмерно напрягать психотерапевта выполнять нереальные цели. Психотерапевт не должен чувствовать, что должен «отдаться» клиенту полностью.

Деньги стимулируют клиента выносить для психотерапевтической работы важные проблемы, а не просто болтать о незначительных вещах. Работа за деньги – это гарантия, что клиент не должен быть с психотерапевтом «хорошим мальчиком или девочкой». Он не обязан его любить. То есть оплата гарантирует, что врач может работать не только с положительными переживаниями, но и со злостью, агрессией, другими различными «запретными» чувствами, в том числе по отношению к психотерапевту.

Наиболее известны следующие методы ПТ:

1. Суггестивные (гипноз и другие формы внушения).
2. Психодинамические (психоаналитические).
3. Поведенческие.
4. Феноменологически-гуманистические (гештальт-терапия).
5. Психосинтез.

Суггестивные методы – это прямое или косвенное внушение с целью создания у человека определенного состояния или побуждения к определенным действиям. Изменяется сознание и создается настрой для восприятия слов психотерапевта. Человек должен быть внушаем и гипнабилен.

Внушаемость – это способность некритично (без участия воли) воспринимать получаемую информацию и легко поддаваться убеждению.

Гипнабельность – это психофизиологическая способность легко и беспрепятственно входить в гипнотическое состояние (поддаваться гипнозу) с формированием переходных состояний между сном и бодрствованием.

Выделяют 3 стадии гипноза:

1. ***Летаргическая*** (сонливость).

2. ***Каталептическая*** (признаки каталепсии – «восковидной гибкости», ступора (обездвиженности), мутизма).

3. ***Сомнамбулическая*** (полная отрешенность от реальности, снохождение).

Гипнотерапия хороша при истерии, диссоциативных (конверсионных) и личностных расстройствах. Внушение может производиться другим лицом (гетеросуггестия), в виде самовнушения (аутосуггестия).

Психодинамические (психоаналитические) методы. Исходит из бессознательного механизма формирования психопатологической симптоматики. Направлена на перевод бессознательных влечений в сознание человека, их переработку и отреагирование.

Основная методика в классическом психоанализе – **метод свободных ассоциаций, реакции переноса и сопротивления** (человек продуцирует мысли из воспоминаний детства без критики и анализа, а психотерапевт сортирует их, стараясь выявить вытесненные детские переживания. Затем от пациента требуется отреагирование (катарсис) этих переживаний с целью избавления от их негативного влияния на психическую деятельность. Сходен анализ сновидений, ошибочных действий (описок, оговорок) за которыми стоят символически обозначенные проблемы, вытесненные из сознания.

Основное показание для этого метода – **анализируемость** пациента, зависящая от личных особенностей, желания потратить время, возможность снять контроль над своими мыслями и чувствами. Нельзя проводить истерическим личностям.

Поведенческая психотерапия – это научение, это тренинг (см. раздел психологической коррекции).

Когнитивная терапия – справедливее отнести к методам консультирования, чем к терапии. Так как личностная позиция формируется в большей степени методом диалога и партнерства между пациентом и терапевтом.

Феноменологически-гуманистические методы – гештальт-терапия (близка к консультированию): упражнения, направленные на расширение осознания с использованием принципа «здесь и сейчас»; формирование завершенных гештальтов с помощью интеграции противоположностей, работа с мечтами и др.

Психосинтез. Автором психосинтеза является **Роберто Ассаджиоли** (1888 – 1976). Первоначально Ассаджиоли занимался психоанализом и Зигмунд Фрейд считал его одним из своих последователей в Италии. Позднее Ассаджиоли счел, что предлагаемое психоанализом исследование глубин психики является недостаточным для гармонизации личности, хотя и позволяет познакомиться с «темными силами» подсознания, обуславливающими наши проблемы, страхи, внутренние конфликты.

Ассаджиоли определил **психосинтез** *«как динамическую, даже драматическую концепцию нашей психической жизни, предстающей как непрерывное взаимодействие и борьба множества разных, в том числе противодействующих, сил с объединяющим центром, который постоянно пытается управлять ими, согласовывать их между собой и использовать»*. Психосинтез нацелен в первую очередь на развитие и совершенствование личности, а затем – на гармонизацию ее отношений с «Я», все более полное объединение с ним.

В отличие от предшествовавших психологических школ, например психоанализа, психосинтез сосредотачивается прежде всего на положительных чертах

человека, таких, как радость, любопытство, любовь. Он стремится получить доступ к этим качествам, необходимым для того, чтобы иметь дело как с личным страданием человека, так и со страданием общества, планеты, мира. Психосинтез сосредотачивает внимание не на проблеме человека, а на его цели, на его позитивной мотивации, на том, к чему он хотел бы прийти.

Основная трудность психосинтеза, так же как и психоанализа, состоит в том, что работа с пациентом в основном идет на уровне его бессознательного.

Ассаджиоли ввел концепцию о структуре личности, которая отличается от подобных концепций Фрейда и Юнга. Она состоит из низшего бессознательного, среднего бессознательного, высшего бессознательного, поля сознания, сознательного «Я», высшего «Я» и коллективного бессознательного. Упрощенно говоря, в центре структуры среднего бессознательного находится наше сознательное «Я» (центр «чистого самоосознания»). В ходе повседневной деятельности мы испытываем разные эмоции (гнев, грусть, восторг), чувства, играем различные «социальные роли» – так называемые «субличности». Суть психосинтеза в том, что человек должен научиться осознавать эти «субличности» и управлять ими, а не наоборот. Например, часто можно услышать «Я совершил акт агрессии в порыве ревности….», т.е. «субличность» управляла сознательным «Я». Задача психосинтеза в том, чтобы сознательное «Я» осознавало и контролировало различные «социальные роли» человека.

Таким образом, основными задачами психосинтеза являются постижение своего истинного (высшего) «Я»; достижение на основании этого внутренней гармонии; налаживание адекватных отношений с внешним миром, в том числе и с окружающими людьми.

Лекция № 21
ПСИХОГИГИЕНА И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА

Вопросы:
1. Основы психогигиены. Понятие о психогигиене лечащего и больного.
2. Основы психопрофилактики.
3. Психогенные заболевания. Роль индивидуальных особенностей. Виды психических травм.
4. Реабилитация и ресоциализация.

ОСНОВЫ ПСИХОГИГИЕНЫ. ПОНЯТИЕ О ПСИХОГИГИЕНЕ ЛЕЧАЩЕГО И БОЛЬНОГО

О сохранении психического здоровья задумывались еще древние. Еще **Демокрит** подчеркивал, что для психики человека имеет значение «хорошая уравновешенная жизнь». **Эпикур** называл это «атараксией», спокойствием мудрого человека. Сегодня функции сохранения психического здоровья граждан взяли на себя ***здравоохранение, образование и церковь***. Понятие **«психическая гигиена»** возникло еще в начале XIX в. Начало психогигиены связывают с выступлением **К. Бирса,** пациента психиатрической клиники, который попытался разобрать недостатки в поведении врачей по отношению к психически больным.

Филипп Пинель (1745 – 1826), освободив психически больных от цепей, которыми их привязывали к стенам в парижской психиатрической больнице, способствовал развитию этого направления в психиатрии.

Термином ***«гигиена»*** обычно обозначают учение о здоровье, науку о сохранении и поддержании здоровья. Это раздел профилактической медицины, который занимается изучением влияния физических факторов внешней среды на здоровье человека и разрабатывает мероприятия по предупреждению ее болезненного влияния.

Средой человеку служит не только природа, но и человеческий коллектив, человеческое общество, т.е. *среда общественных социальных влияний*.

Человеческие взаимоотношения настолько многообразны, что для их изучения сформирован специальный раздел гигиены, который получил название психогигиены.

Психогигиеной называют науку об обеспечении, сохранении и поддержании психического здоровья, иными словами, *систему мероприятий, направленных на сохранение и укрепление психического здоровья человека*.

Психогигиена со времени ее зарождения была непосредственно связана с *психопрофилактикой* – предупреждением возникновения, формирования и развития психических болезней. Она также «переплетается» с *психотерапией*, поскольку последняя содержит многие приемы и методы, способствующие коррекции качеств нормальной индивидуальности или лечению возникших заболеваний.

Таким образом, тесно сосуществуя с психопрофилактикой и психотерапией, непосредственно вытекая из гигиены, психогигиена представляет собой *самостоятельный раздел медицинской науки со своими целями, задачами и приемами исследования*.

Сегодня выделяют возрастную психогигиену, психогигиену физического или умственного труда, психогигиену обучения, психогигиену быта, психогигиену семьи и половой жизни, психогигиену больного человека, специальные разделы психогигиены типа космической, инженерной и др.

Наиболее полной систематикой разделов психогигиены может быть лишь такая, которая *строго учитывает сравнительно-возрастные особенности формирования психики на разных этапах жизни человека*.

Кроме того, условно психогигиену можно разделить на психогигиену лечащего и больного. Замечательный врач-психиатр **Е. Блейер** еще в начале XX в. говорил: *«Цельного человека должен понимать и лечить только цельный врач»*. Профессия медработника может нести как «психосозидающий», так и «психотравмирующий» потенциал.

Психогигиена медработников включает:

- *удовлетворение содержанием и результатами своей деятельности;*
- *оптимальные условия труда;*
- *возможность релаксации в течение работы (сон, отдых в течение рабочего дня, индивидуальные способы расслабления и концентрации);*
- *распределение ответственности между всеми членами коллектива;*
- *комфортный микроклимат в коллективе, когда взаимоотношения с коллегами определяются общей целью, доверием, взаимопомощью.*

Психогигиена больного зависит от многих моментов. Так, **В. Вондрачек** указывает: *«Лечение не должно быть более неприятным, чем сама болезнь»*. Не менее существенную роль играет прошлый опыт пациента, его личностная установка к медработникам и медицине. В общении с пациентом важны корректные вопросы. Нельзя сознательно пугать пациента вопросами типа:

1. Почему Вы не пришли раньше? Разве можно так запускать болезнь?

2. Если Вы не будете выполнять все предписания, Вы никогда не поправитесь!

Гарди указывает на свой подход к проблеме «правды» в отношениях врач-больной: *«правда по чайной ложке»*. По его мнению, надо применять формулировки, которые приближают «сообщение» к «правде», практически не скрывая ее. Например, *«Это опухоль, но если своевременно начнем лечение, то возможно полное выздоровление»*.

Можно следующим образом классифицировать различные аспекты психогигиены.

Психогигиена детства

В детстве возрастает роль впечатлений, что наглядно прослеживается до 12-14-летнего возраста. В этот период ребенок живет главным образом впечатлениями, а психическая деятельность его формируется в первую очередь на основе впечатлений объектов и явлений непосредственной деятельности.

В отличие от этого подросток, начиная с 12-14-летнего возраста, строит свои суждения и умозаключения уже не только на основе непосредственных впечатлений действительности, но и на **пересочетании** образов непосредственных впечатлений с образами памятных представлений.

В связи с этим субъективное оперирование такими образами становится более типичным для подростков и юношей. Этим их психика и отличается от психики ребенка.

Психогигиена детства строится на особенных качествах психики ребенка и обеспечивает гармонию ее формирования.

Главная особенность деятельности ребенка сводится к тому, что она всегда проявляется в ***играх***. Ни в каком возрасте игра не имеет такого значения для формирования психики, как в детском. Именно поэтому правильная, последовательно усложняемая организация игровой деятельности ребенка – залог более последовательного и строгого формирования психики.

Формирование психики ребенка направляется не стихийно, не просто пересочетанием переживаемых им непосредственных жизненных ситуаций. Такое формирование обеспечивается исторически сложившимися системами воспитания, которые используются в воспитательном потенциале семьи.

Повседневная практическая жизнь, обилие человеческих индивидуальностей, возможности возникновения аномалий в формировании психики – все это свидетельствует о том, что воспитание ребенка не может быть неорганизованным, оно направляется семьей и воспитателями дошкольных учреждений и основывается на принципах последовательности, этапности.

Воспитание становится действенным орудием в формировании гармонической личности и психического здоровья при строгом учете всех достижений психогигиены.

Воспитание представляет собой непрерывный процесс, который уже на ранних этапах жизни ребенка включает элементы ***обучения***. Однако с началом посещения школы главным воспитателем ребенка становится уже вся система обучения. Последняя не только обогащает его знания и навыки, но, что более важно, при правильной организации оздоровляет психику, обеспечивает ее гармонию.

Наоборот, ***дефекты обучения*** могут легко сказаться на надломе отдельных, еще не развитых, элементов психики ребенка, могут облегчить *ретардацию*

(отставание, задержку развития одной или нескольких функциональных систем) или *акселерацию* (те случаи развития, в которых одна или несколько функциональных систем развиваясь, значительно обгоняют типичную для них хронологию) развития отдельных элементов и, следовательно, привести к формированию аномальных черт личности.

Иными словами, ***психогигиена обучения*** – один из ведущих и чрезвычайно существенных разделов психогигиены, обеспечивающий в особенно ранимом и подверженном разнообразным влияниям подростковом возрасте сохранность формирования психики.

Сравнительно-возрастное рассмотрение психогигиены позволяет разграничить ***психогигиену полового чувства*** и ***собственно психогигиену половой жизни.***

Известно, что именно в подростковом возрасте, в пубертатном периоде развития, появляются первые, нередко «темные чувства», происходящих в организме изменений в связи с половым созреванием и началом половой зрелости.

У девочек, кроме того, этот период сопровождается иногда неожиданным для них появлением менструаций со всеми вытекающими из этого психологическими последствиями.

Сложные биологические изменения, начинающиеся у подростка, всегда сказываются на оценке им действительности, семьи, коллектива, общества. Однако жизненная практика свидетельствует о том, что *все эти изменения протекают значительно менее болезненно и не нарушают гармонии формирующейся психики подростка,*

- *если последний разумно подготовлен к их началу,*
- *если ему оказана помощь со стороны взрослых,*
- *если мироощущение его корригируется по мере возникновения неосознанных и непонятных в самом начале чувств.*

Этим оправдывается выделение ***психогигиены полового чувства***, которая, с одной стороны, исследует, а с другой – разрабатывает мероприятия, направленные на поддержание формирующейся гармонии психики в пубертатном периоде развития ребенка.

Психогигиена юношества

Юношеский возраст по систематике возрастов разными исследователями далеко не всегда четко отграничивается от подросткового, однако его отличают столь существенные особенности по сравнению с подростковым (отрочеством), что он нуждается в самостоятельном выделении.

Юношество в отличие от отрочества – это переход

- *к формированию общественного сознания, общественного самосознания,*
- *к пониманию того, что любой элемент деятельности индивидуума, любое качество, свойственное ему, не является уделом жизни и деятельности самого индивидуума, а порождается коллективной, общественной деятельностью, общественной принадлежностью.*

Юношеский возраст (17-21 год), в отличие от отрочества, это период, когда человек выходит на арену самостоятельной жизни и самостоятельной деятельности.

Это период, когда человек впервые приобретает права гражданства, качества полноценного члена общества, впервые начинает отрываться от семьи, сложившихся традиций в ней и формировать новое мировоззрение, представление о семье, а позднее и новую семью.

Все эти особенности *нуждаются в специфической коррекции, специфическом управлении* ими для сохранения и поддержания наиболее передовых, совершенных, гармоничных, будущих качеств психики.

Именно поэтому правомерно выделение психогигиены юношества как самостоятельного раздела.

Психогигиена зрелого возраста

Зрелый возраст, в котором начинается систематический труд, в том числе использование его современных форм, связанных с необходимостью общения с автоматическими устройствами, порождает многие сложности для психической деятельности.

Они могут оказывать как благотворное, так и разрушительное воздействие на человека. Последнее зависит от того, будет ли такая сложность новых видов труда «*психогигиенически осмыслена*» и будут ли разработаны мероприятия на адаптацию человека к ним. Сможет ли этот труд быть использован для совершенствования психики, а не для ее повреждения?

В результате чрезвычайной специализации форм трудовой деятельности и сложнейшей механизации, автоматизации и специализации внутри психогигиены труда сформировались ее специфические разделы (***психогигиена инженерная, военная, авиационная, космическая***). Не менее существенно произошедшее разделение психогигиены труда на ***психогигиену умственного, физического труда и психогигиену творческого процесса***.

Творчество типично как для физического, так и для умственного труда. Однако в настоящее время все еще сохраняются различия между некоторыми видами творческого труда, умственным и физическим трудом. В настоящее время ***психогигиена труда*** должна сохранять дифференцированный подход к разработке мероприятий, направленных на сохранение психического здоровья при разных формах физического, умственного и творческого труда.

Особенности семьи как коллектива определяются также единством жилья, быта, своеобразием индивидуальной собственности на предметы домашнего обихода и др. Семья представляет собой такую специфическую ячейку коллектива, которая отличается многими, свойственными только ей особенностями. Это обусловлено историей взаимоотношений в семье мужа и жены, кровной близостью родственных связей внутри семьи, особенностями традиционно

сложившихся отношений между родителями и детьми, матерями и дочерями, отцами и сыновьями и др.

Существенную роль играют особенности взаимоотношений близких семей (семья родственников) и семей территориально близких (далеких по крови). Вопрос психологии семьи чрезвычайно сложный и до настоящего времени не полностью разработан.

Психогигиена семьи представляет собой один из важнейших разделов психогигиены, который направлен на разработку и регламентацию мероприятий, упорядочивающих жизнь семьи и создающих благоприятные условия для формирования психической индивидуальности каждого ее члена.

В последние десятилетия в ряде европейских стран наметились неблагоприятные тенденции – значительно увеличилось число *разводов*, неудачные сохраняющиеся браки становятся «поставщиком» *алкоголиков, наркоманов, преступников,* увеличивается число *неполных семей.*

Вместе с тем известно, что *дети, воспитываемые в неполных семьях* (в распавшихся семьях) одним родителем, находятся в сложных обстоятельствах, которые часто отрицательно сказываются на их формирующейся психике. Факты убедительно показывают, что многие пограничные формы патологии в неполных семьях возникают значительно чаще, чем в гармоничных семьях. Появилась настоятельная необходимость правильной подготовки к браку, созданию условий для гармоничных браков, разработки системы мероприятий, направленных на упрочение гармонии семьи.

Психогигиена пожилых людей

Интерес к проблеме пожилых связан с прогрессивным постарением населения, особенно выраженным в промышленно развитых странах. К примеру, за 30 лет (с 1950 по 1980 г.) численность населения от 60 лет и старше в Европейском регионе возросла с 11,6 до 15,0%.

Наряду с увеличением средней продолжительности жизни населения отмечается значительное улучшение состояния здоровья старших возрастных групп. Поэтому, в настоящее время ставится вопрос о праве пожилых людей продолжать трудовую, в том числе профессиональную деятельность, играть активную роль в различных сферах социальной жизни. Это подтверждается и выдвинутым в 1982 г. девизом ВОЗ: *«Полноценная жизнь в старости».* Сущность его заключается в необходимости удовлетворять специфические потребности пожилых и старых людей, коренным образом изменить отношение к ним социального окружения.

Привлечение пожилых людей к активной деятельности требует соблюдения психогигиенических мероприятий. Это объясняется тем, что у людей в этом периоде ухудшаются процессы приспособления психики к новым обстоятельствам, труднее изменяются привычки и стереотипы поведения, снижается память и внимание.

Смену привычной работы, изменение условий труда пожилого человека следует производить только при адекватной оценке его возможностей, с учетом производственной целесообразности такого перевода.

В пожилом возрасте не рекомендуется продолжать работу при наличии сильных раздражителей. Учитывая изменившуюся подвижность психики в этом возрастном периоде, нецелесообразна работа в разных сменах, особенно по ночам, так как это приводит к нарушениям сна.

Желательно привлекать пожилых к работе с *неполным рабочим днем*, использовать их знания в подготовке кадров, стараться развивать полезные для здоровья увлечения рыбной ловлей, физическими упражнениями, художественными поделками. Необходимо уделять внимание выполнению *режима труда и отдыха, рациональному питанию.*

Важно понимать, что меры психогигиены практически совпадают с конкретными формами психопрофилактики применительно к тем или иным жизненным обстоятельствам и возрастным периодам.

ОСНОВЫ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ

Психопрофилактика представляет собой раздел общей профилактики, который включает мероприятия, направленные на предупреждение психических заболеваний.

Между психикой человека и соматическим состоянием имеется тесная связь. Устойчивость психического состояния оказывает влияние на телесные кондиции. Известно, что при большом эмоциональном подъеме редко возникают соматические (телесные) заболевания (примером могут служить годы Великой Отечественной войны) либо они протекают с меньшими негативными последствиями.

Например, во время второй мировой войны врачи, изучавшие восприятие боли, заметили, что солдатам, раненым в бою, реже требовался морфин, чем гражданским лицам, выздоравливающим после операций. Раненый солдат испытывал облегчение и благодарность судьбе за то, что остался жив на поле боя. Для гражданских лиц серьезная хирургическая операция была источником депрессии и пессимизма.

Состояние соматического здоровья также определяет состояние психики человека. Оно может вести к возникновению тех или иных расстройств или препятствовать им. Этим сегодня определяется приоритетность формирования здорового образа жизни.

В.А. Гиляровский писал, что роль «нервного подъема» в преодолении трудностей для организма должна быть использовала в планировании работ психопрофилактического характера.

Задачами профилактики являются:

1) предотвращение действия на организм болезнетворной причины;

2) предупреждение развития заболевания путем ранней диагностики и лечения;

3) предупредительное лечение и мероприятия, предотвращающие рецидивы болезни и переход их в хронические формы.

В профилактике психических заболеваний большую роль играют *общепрофилактические мероприятия*, такие, как устранение инфекционных заболеваний, интоксикаций и других вредных воздействий внешней среды.

Под ***первичной психической профилактикой*** принято понимать систему мероприятий, направленных на изучение психических воздействий на человека, свойств его психики и возможностей предупреждения психогенных (вызванных психическими травмами) и психосоматических болезней (когда телесные проявления болезни возникают в связи с эмоциональным состоянием человека).

Все психопрофилактические *мероприятия должны способствовать повышению выносливости психики к вредным воздействиям*. К ним относятся:

- *правильное воспитание ребенка;*
- *борьба с детскими инфекционными заболеваниями и психогенными воздействиями, которые могут вызвать задержку психического развития, асинхронию развития, психический инфантилизм, сделать психику человека неустойчивой к внешним воздействиям.*

Первичная психопрофилактика включает:

- охрану здоровья будущих поколений;
- изучение и прогнозирование возможных наследственных заболеваний;
- гигиену брака и зачатия;
- охрану матери от возможных вредных влияний на плод и организацию качественного родовспоможения,
- раннее выявление пороков развития у новорожденных;
- своевременное применение методов лечебно-педагогической коррекции на всех этапах развития.

Под ***вторичной психической профилактикой*** принято понимать систему мероприятий, направленных на предупреждение опасного для жизни или неблагоприятного течения уже начавшегося психического или другого заболевания.

Вторичная психопрофилактика включает:

- раннюю диагностику, прогноз и предупреждение опасных для жизни больного состояний;
- раннее начало лечения и применение адекватных методов коррекции с достижением наиболее полной ремиссии, длительной поддерживающей терапии, исключающей возможности рецидива болезни.

Третичная психическая профилактика – это система мероприятий, направленных на предупреждение возникновения инвалидности при хронических

заболеваниях. В этом большую роль играют правильное использование лекарственных и других средств; применение лечебной и педагогической коррекции; систематическое использование мер реадаптации.

Таким образом, психопрофилактика как раздел общей профилактики – это предупреждение развития психических заболеваний. Это профилактика личностных и профессиональных кризисов, являющихся следствием деформирующего влияния профессиональной деятельности (для врача) и деформированного специалиста (для больного). Для большинства людей проблема болезни и излечения замыкается следующим алгоритмом: *больной-врач-лекарство-лечение-здоровый.*

Психология больного и психология здорового человека существенно различаются. Здоровый человек воспринимает здоровье как некую данность, с которой ничего случиться не может. Психопрофилактика имеет для него не большее значение, чем писк комара, от которого можно отмахнуться. Больной – это уже куча вопросов… *Что со мной? Перспектива болезни? Хороший ли доктор? Кто виноват?*

Сегодня у людей сложилось двойственное отношение к профилактике: 1) желание быть здоровым, страх перед болезнью; 2) страх перед профилактическими мероприятиями. Поэтому важно уже с детства формировать у ребенка нейтральное отношение к медучреждениям (не как к месту, где причиняют страдания!).

В конкретном практическом плане психопрофилактика среди медицинского персонала включает в себя *отбор будущих специалистов; профилактика профессиональной деформации; «психологизация» медицинского образования; тренинги выхода из кризисных ситуаций; профилактика утомления и СЭВ; регулярная физическая нагрузка, хобби, арттерапия (музыка, картины, скульптура).*

ПСИХОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ. РОЛЬ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ. ВИДЫ ПСИХИЧЕСКИХ ТРАВМ

Психогениями принято называть заболевания, вызванные психическими травмами. Термин *«психогенные заболевания»* принадлежит **Зоммеру** и вначале применялся только для истерических расстройств.

В.А. Гиляровский для обозначения этих состояний использовал термин ***«пограничные состояния»***, подчеркивая этим, что указанные расстройства как бы занимают пограничное место между психическим заболеванием и психическим здоровьем или соматическими и психическими заболеваниями.

Проведенные исследования показали, что ***в возникновении психогенных расстройств играют роль:***

- преморбидные (доболезненные) особенности личности пациента;
- степень зрелости его основных личностных структур;
- наличие или отсутствие соматической отягощенности;
- особенности высшей нервной деятельности, ее тип, темперамент;
- характер, длительность и значимость психической травмы для больного.

Все психические травмы, вызывающие психогенное заболевание, можно разделить на три группы:

1) психические травмы, называемые условно как «эмоциональное лишение». При этом человек *лишается объекта* привязанности или оказывается вне ситуации, вызывающей положительную эмоциональную реакцию (например, вдали от Родины, тюремное заключение);

Больная С., 34 лет, узнав о смерти матери, впала в состояние двигательного возбуждения, металась по квартире, выбежала на лестницу, бегала по этажам, громко кричала, звала мать. С трудом была приведена домой, уложена в постель и через некоторое время уснула. В дальнейшем не помнила о периоде возбуждения. Возникшая затем депрессия содержала истерические компоненты, проявляющиеся в демонстративности и театральности поведения, стремлении обвинять других в своих несчастьях, требовании к себе особого внимания. Она обижалась и плакала, если врач, входя в палату, не подходил к ней первой, капризничала, «дулась», говорила детским голосом. Такое состояние продолжалось около 6 мес.

2) всевозможные *конфликты*;

3) психические травмы, представляющие *реальную угрозу для жизни* (землетрясение, наводнения, крушения и др.).

Для некоторых личностей патогенными могут оказаться только ситуации «эмоционального лишения» и никакие конфликтные ситуации не приводят к болезненному состоянию. В результате *«эмоционального лишения»,* как правило, возникают болезненные симптомы, укладывающиеся в картину реактивной депрессии.

Конфликты различной выраженности и глубины могут вызывать болезненные состояния психики широкого диапазона и картина проявлений болезни при этом более разнообразная – от реактивных психозов до невротических симптомов.

Тяжелые внезапные психические травмы, связанные с угрозой для жизни больного, обычно ведут к возникновению аффективно-шоковых расстройств, которые могут выражаться *психогенным ступором* (обездвиженностью), аналогичным мнимой смерти, или двигательным возбуждением в виде *«двигательной бури».*

Психическая травма может не только служить причиной психогенного заболевания, но и спровоцировать приступ шизофрении, маниакально-депрессивного психоза, развитие сосудистого криза или острого нарушения мозгового кровообращения; сделать более выраженными особенности личности (возможна декомпенсация психопатической личности).

Картина психических нарушений во всех указанных случаях будет разной и различно поведение врача в отношении этих больных.

Так, ***при эндогенной депрессии, спровоцированной психической травмой,*** наряду с высказываниями больного о психотравмирующей ситуации и реакции на нее будут иметь место симптомы, характерные для эндогенной депрессии: витальная тоска, «безысходность состояния», суицидальные мысли и тенденции, суточные колебания настроения (ухудшение по утрам), отсутствие слез. *Такой больной нуждается в немедленной госпитализации, так как в связи с суицидальными тенденциями может быть опасен для себя.*

При усилении патологических особенностей личности наряду с невротическими симптомами, такими, как нарушение сна, аппетита, слезливость, понижение работоспособности, могут наблюдаться выраженные психопатические формы поведения, взрывчатость, демонстративность, тревожность, затрудняющие контакт с окружающими. Необходимо помнить, что у таких личностей легко возникают вегетативные и соматические расстройства. Эти реакции у истерических личностей могут носить характер подражания и проявляться теми симптомами болезни, какие существуют в представлении больного о том или ином заболевании. Поэтому *врач должен очень внимательно изучать историю развития заболевания.*

При *«ядерных» (конституционных) психопатиях* решающая роль принадлежит предрасположению, а внешние факторы, часто в виде житейских неудач, только способствуют выявлению особенностей психопатической психики.

При *«краевых» психопатиях* (О.В. Кербиков) предрасположение не играет такой решающей роли, внешние факторы, длительные и тяжелые психотравмирующие ситуации могут привести к изменениям характера и личности, достигающих выраженности психопатии.

Для отграничения психогенных расстройств от психических нарушений другой природы **К. Ясперс** сформулировал ***следующие критерии:***

1) психогенные заболевания развиваются непосредственно вслед за психической травмой;

2) в содержании переживаний при них находит отражение психическая травма, вызвавшая болезнь;

3) с исчезновением психической травмы или с ее дезактуализацией для больного психические нарушения исчезают.

Исследования показывают, что *структура психогенных заболеваний всегда характеризуется единством клинической картины.* Ее обычно объединяют аффективные (сильные эмоциональные) расстройства. Психогенные заболевания могут проявляться в виде ***психосоматических болезней.***

Экспериментальными исследованиями показано, что *важнейшим патогенетическим звеном висцеральных расстройств является* изменение функционального состояния *промежуточного мозга*, который регулирует нейрогу-

моральные процессы в организме, контролирует вегетативные, гормональные и висцеральные функции и тесно связанного с железами внутренней секреции.

Особую роль в этой регуляции играет *гипоталамус*, который является своеобразным **«переключателем» эмоциогенных и соматогенных влияний**.

Гипофиз должен рассматриваться как один из важнейших элементов системы, обеспечивающей психосоматическое единство.

Часто наблюдаемое сходство между психогенными и соматогенными расстройствами объясняется тем обстоятельством, что *ретикулогипоталамические образования* участвуют в интегративных ответных реакциях организма на различные стрессовые ситуации как эмоциональные, так и соматические.

РЕАБИЛИТАЦИЯ И РЕСОЦИАЛИЗАЦИЯ

Большую роль играют мероприятия, направленные на восстановление здоровья и трудоспособности больного, которые принято называть ***реабилитацией.***

Это обозначает не только возвращение к жизни, но и возвращение в общество, т.е. ***ресоциализацию***.

Реабилитация имеет конечную цель – восстановление личного и социального статуса больного (полное или частичное). Ее проведение связано с обращением к личности больного, партнерством его с врачом в реализации целей реабилитации, разносторонности усилий, направленных на разные сферы жизнедеятельности больного и на изменение его отношения к себе и к своей болезни (**Кабанов М.М.,** 1979).

Задача реабилитации заключается в том, чтобы с помощью сохранившихся способностей и функций поврежденного болезнью органа путем использования и тренировки этих функций приспособить больного к прежним или изменившимся условиям труда и быта.

Успех реабилитации зависит от того, насколько адекватно будут учтены функции и способности пациента, которые у него сохранились. Именно на них больной будет опираться в процессе реабилитации.

О *медицинской реабилитации* говорят в тех случаях, когда при помощи лекарственных средств, психотерапии, физиотерапевтических процедур, физкультуры, массажа и др. стремятся восстановить трудоспособность больного.

Под *профессиональной реабилитацией* понимают стремление использовать сохранившуюся трудоспособность, приспособить больного к прежнему или иному (менее сложному) виду трудовой деятельности.

Социальная реадаптация – это создание соответствующих условий в семье (улучшение жилищных условий, материальное обеспечение), восстанов-

ление утраченных контактов с окружающими, которые дают возможность больному вернуться в общество, т.е. приводят к восстановлению его общественного положения.

В результате болезни может остаться более или менее выраженный дефект. Принято выделять *две формы его компенсации*:

- высокий уровень компенсации (активное преодоление дефекта);
- низкий уровень (приспособление к дефекту).

Уровень компенсации зависит от:

- характера самого дефекта;
- особенностей личности больного;
- успешности психотерапевтической работы с ним;
- умения врача найти контакты с больным и создать новую жизненную доминанту.

М.М. Кабанов, учитывая наличие в литературе множества терминов, используемых для обозначения задач по социальному и трудовому восстановлению больных, для предупреждения путаницы в понятиях предложил термин ***«ресоциализация»*** (предложение касается душевнобольных, но с успехом может применяться и в общей медицине).

Этапами ресоциализации являются:

- **восстановительная терапия;**
- **реадаптация;**
- **собственно ресоциализация.**

Восстановительная терапия направлена на предупреждение дефекта. Реадаптация имеет своей целью приспособление больного к условиям среды. Реабилитация заключается в комплексе усилий, направленных на восстановление социальных связей больного и его индивидуальной и общественной ценности. Она требует большого напряжения воли и врача, и больного.

Наиболее *сложной психологической проблемой* для больного является состояние, которое возникает в связи с болезнью или травмой. Нередко именно *психогенная реакция больного на дефект* вызывает большую потерю трудоспособности, чем сам дефект. Не каждый больной может легко смириться с дефектом, привыкнуть к нему, найти для себя пути компенсации. Для *успешной работы с такими больными* необходимо использовать все виды психического воздействия: книги, журналы, кино, психотерапевтические беседы.

При этом *крайне необходимо учитывать* возможности больного, его интересы, интеллектуальный уровень и жизненную установку.

ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. **Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А.** Психология в медицине: учеб. пособие. – М.: ЛПА «Кафедра-М», 1998. – 272 с.
2. **Банщиков В.М., Гуськов В.С., Мягков И.Ф.** Медицинская психология. – М., 1967. – 239 с.
3. **Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н.** Клиническая патопсихология: руководство для врачей и медицинских психологов. – 239 с.
4. **Зюбан А.Л.** Основы медицинской психологии. – Л., 1972. – 71 с.
5. **Исаев Д.Н.** Детская медицинская психология: Психологическая педиатрия. – СПб.: Речь, 2004. – 381 с.
6. **Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г.** Психология больного. – Л.: Медицина, 1980.
7. Клиническая психология / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2006. – 959 с.
8. Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб.: Питер, 2002.
9. Клиническая психология в социальной работе: учеб. пособие / под ред. Б.А. Маршинина. – М.: Академия, 2002. – 219 с.
10. **Коммер Р.** Клиническая психология. – СПб., 2002.
11. **Конечный Р., Боухал М.** Психология в медицине. – Прага: Авиценум, Медицинское изд-во, 1983. – 405 с.
12. **Королева Е.Г.** Медицинская психология: учеб. пособие / Е.Г. Королева. – Гродно: ГрГМУ, 2004. – 243 с.
13. **Лакосина Н.Д.** Клиническая психология: учебник для студентов медицинских вузов / Н.Д. Лакосина, И.И. Сергеев, О.Ф. Панкова. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 416 с.
14. **Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К.** Медицинская психология. – М., 1994.
15. Медицинская психология для медсестер и фельдшеров / В.Г. Косенко, Л.Ф. Смоленко, Т.А. Чебуракова. – Ростов н/Д.: Феникс, 2002. – 416 с.
16. **Менделевич В.Д.** Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. – М.: Медпресс, 2001. – 592 с.
17. **Мягков И.Ф. и др.** Медицинская психология: пропедевтический курс. – М.: Логос, 2003. – 320 с.
18. **Платонов К.К.** Методологические проблемы медицинской психологии. – М., 1977. – 95 с.
19. **Сидоров П.И., Парняков А.В.** Введение в клиническую психологию: в 2 т. – М., 2000.
20. **Сидоров П.И., Парняков А.В.** Клиническая психология: учебник. – 2-е изд., дополн. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 864 с.
21. Современный психологический словарь / сост. и общ. ред. Б.Г. Мещеряков, В.П. Зинченко. – М.: АСТ; СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2007. – 490 с.
22. **Ташлыков В.А.** Психология лечебного процесса. – М., 1984.
23. **Тодд Дж., Богарт А.К.** Основы клинической и консультативной психологии. – СПб, 2001.
24. **Яньшин П.В.** Практикум по клинической психологии: методы исследования личности. – СПб.: Питер, 2004. – 331 с.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

25. **Александровский Ю.А.** Пограничные психические расстройства. – М.: Медицина, 1993. – 400 с.
26. **Березин Ф.Б.** Методика многостороннего исследования личности в клинической медицине и психогигиене. – М., 1976. – 186 с.
27. **Бехтерева Н.П.** Здоровый и больной мозг человека. – Л., 1980.
28. **Буль П.К.** Основы психотерапии. – Л.: Медицина, 1985. – 235 с.
29. **Васильченко Г.С.** О некоторых системных неврозах и их патогенетическом течении. – М.: Медицина, 1969. – 184 с.
30. Вегетативные расстройства: руководство для врачей / под ред. проф. А.М. Вейна. – М., 1998.
31. **Волков В.Т. и др.** Личность пациента и болезнь. – Томск, 1995. – 328 с.
32. **Гайдук Ф.М.** Практическое пособие по основам психосоматической медицины и психотерапии. – Минск: МГИ, 1996. – 127 с.
33. **Герасименко В.Н., Тхостов А.Ш.** Реабилитация онкологических больных. – М.: Медицина, 1988.
34. **Гиндикин В.Я.** Соматогенные и соматоформные психические расстройства: клиника, лечение, диагностика. – М.: Триада-Х, 2000. – 256 с.
35. **Грачев Ю.М.** с соав. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. – Л., 1976.
36. **Дроздова М.С.** Психосоматические взаимоотношения в гастроэнтерологии. – Витебск, ВГМУ, 2003. – 194 с.
37. **Евсегнеев Р.А.** Психиатрия для врача общей практики. – Минск: Беларусь, 2001. – 426 с.: ил.
38. **Исаев Д.Н.** Психосоматическая медицина детского возраста. – СПб., 1996. – 454 с.
39. **Истаманова Т.С.** Функциональные расстройства внутренних органов при неврастении. – М.: Медгиз, 1958. – 262 с.
40. **Карвасарский Б.Д.** Неврозы. – М.: Медицина, 1980. – 448 с.
41. **Ковалев В.В.** Психические нарушения при пороках сердца. – М.: Медицина, 1974. – 190 с.
42. **Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., Игумнов С.А.** Общая психотерапия: учебное пособие. – Мн.: Выш. шк., 1993. – 464 с.
43. **Королева Е.Г., Карпюк В.А.** Психотерапия: учеб. пособие. – Гродно: ГрГМУ, 2004. – 94 с.
44. **Крейндлер А.** Астенический невроз. – Бухарест, 1963. – 410 с.
45. **Лежепекова Л.А., Якубов Б.А.** Вопросы психогигиены и психопрофилактики в работе практического врача. – Л.: Медицина, 1977. – 160 с.
46. **Личко А.Е.** Психопатии и акцентуация характера у подростков. – Л., 1983. – 254 с.
47. **Лурия А.Р.** Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. – М.: Медицина. 1977. – 112 с.
48. **Лурия А.Р.** Этапы пройденного пути : научная автобиография / под ред. Е.Д. Хомской. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1982. – 184 с.
49. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. – М.: Медицина, 1977. – 112 с.

50. **Магазаник Н.А.** Искусство общения с больными. – М.: Медицина, 1991. – 87 с.
51. **Михайлов Б.В., Сердюк А.И., Федосеев В.А.** Психотерапия в общесоматической медицине. – Харьков, 1999.
52. **Мясищев В.Н.** Личность и неврозы. – Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1960. – 426 с.
53. **Мясищев В.Н.** Основы общей и медицинской психологии. – Л.: Изд-во Медицина, 1968. – 215 с.
54. **Наталевич Э.С., Королев В.Д.** Депрессии в начальных стадиях гипертонической болезни: клиника, диагностика, лечение. – Минск: Наука и техника, 1988. – 135 с.
55. Нервно-психические расстройства экзогенно-органической природы / под ред. Р.Г. Голодец. – М., 1975. – 595 с.
56. **Николаева В.В.** Влияние хронической болезни на психику. – М.: Медицина, 1987. – 168 с.
57. **Петрова Н.Н.** Психология для медицинских специальностей. – М.: Академия, 2006. – 319 с.
58. **Рудестам К.** Групповая психотерапия. – М.: Прогресс, 1990. – 367 с.
59. **Савченко В.И.** Психофизиологические процессы и закономерности // Вестник Белорусской психиатрической ассоциации. – № 6. – 2000. – С. 49-51.
60. **Семке В.Я.** Ипохондрические состояния в общесоматической практике. – Томск: Изд-во Томского ун-та, 1991. – 168 с.
61. **Скугаревская Е.И.** Клиническая психиатрия. Детский возраст. – Минск: Вышэйшая школа, 2006. – 463 с.
62. **Соколова Е.Т., Николаева В.В.** Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. – М.: Аргус, 1995. – 359 с.
63. **Судаков К.** Эмоциональный стресс и артериальная гипертензия. – М., 1976.
64. **Тополянский В.Д., Струковская М.В.** Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986. – 374 с.
65. **Ушаков Г.К.** Пограничные нервно-психические расстройства. – М.: Медицина, 1978. – 400 с.
66. **Харди И.** Врач, сестра, больной. – Будапешт, 1973. – 280 с.
67. **Хомская Е.Д.** Нейропсихология: 4-е изд. – СПб.: Питер. 2007. – 496 с.
68. **Целибеев Б.А.** Психические нарушения при соматогенных заболеваниях. – М.: Медицина, 1972. – 280 с.
69. **Церковский А.Л.** Избранные лекции по медицинской психологии: курс лекций: учебное пособие / А.Л. Церковский, В.С. Федосеенко, О.И. Гапова. – Витебск, ВГМУ, 2009. – 109 с.

Приложение 1

Определения свойств психики (познавательных процессов) в аспекте медицинской психологии. Основные понятия и классификации

№ п/п	Свойство психики	Определение	Классификация	Понятия и виды нарушений
1	**Ощущение**	**Ощущение** – это простейший психический процесс, состоящий в отражении отдельных свойств предметов и явлений внешнего мира, а также внутренних состояний организма при непосредственном воздействии раздражителей на соответствующие рецепторы.	1) пространственные; временные; пространственно-временные. 2) высшие и низшие. 3) от места рецептора и источника раздражения: – экстерорецепторы – рецепторы внешней среды; – проприорецепторы – рецепторы, отражающие движение и положение тела в пространстве; – интерорецепторы – рецепторы внутренних органов	**Основные свойства ощущений:** модальность (главная особенность: зрительная, слуховая) и качество (представлены в каждой модальности: например, яркость, контрастность в зрительной модальности; интенсивность; временная характеристика (длительность); пространственная характеристика. **Виды нарушений**: анестезия, гипостезия, гиперстезия, синестезия, парестезия, полиестезия.
2	**Восприятие**	**Восприятие** – это наглядно-образное отражение действующих в данный момент на органы чувств вещей, предметов, а не отдельных их свойств и признаков.	Основные **свойства** восприятия: – **предметность;** – **целостность;** – **константность;** – **категориальность**.	**Основные принципы восприятия:** – **принцип близости** (чем ближе друг к другу в зрительном поле располагаются элементы, тем с большей вероятностью они объединяются в единый образ). – **принцип сходства** (похожие элементы стремятся к объединению). – **принцип «естественного продолжения»** (элементы, выступающие как части знакомых фигур с большей вероятностью объединяются именно в эти фигуры). – **принцип замкнутости** – элементы зрительного поля имеют тенденцию к созданию замкнутого изображения). **Виды нарушений**: иллюзии, галлюцинации, эйдетизм, деперсонализация, дереализация, агнозия (нарушение узнавания предметов и собственного тела).

Продолжение табл.

№ п/п	Свойство психики	Определение	Классификация	Понятия и виды нарушений
3	**Внимание**	1. **Внимание** – направленность психической деятельности человека на избирательное восприятие отдельных предметов и явлений. 2. **Внимание** – сосредоточенность деятельности субъекта в данный момент времени на каком-то реальном или идеальном объекте.	**Особенности внимания:** – избирательность (возможность концентрации на определенной информации); – объем (совокупность объектов, наблюдаемых одновременно); – устойчивость (возможность длительно концентрировать и сохранять интенсивность внимания); – переключаемость – возможность выполнять действия при смене целей. Основные характеристики: предметность и ограниченность	К **нарушениям внимания** относят: 1) ослабление внимания; 2) сужение объема внимания; 3) снижение концентрации внимания; 4) трудности переключения внимания; 5) истощаемость внимания; 6) лабильность концентрации внимания.
4	**Память**	1. **Память** – психический процесс запечатления, сохранения и последующего воспроизведения прошлого опыта, того, что мы раньше воспринимали, переживали или делали. 2. **Память** – это процессы организации и сохранения прошлого опыта, делающие возможным его повторное использование в деятельности или возвращение в сферу сознания. 3. **Представления** – это воспроизведенные образы предметов и явлений, воспринимавшихся человеком в его прошлом опыте.	**Структура памяти** включает следующие процессы: запоминание; сохранение; воспроизведение; забывание. **Запоминание** может быть произвольным и непроизвольным. Ассоциации при запоминании могут быть по смежности (стихи), сходству (один цвет обивки у стула и дивана) и контрасту (черный-белый). **Сохранение**: кратковременная и долговременная память. **Воспроизведение**: произвольное и непроизвольное. **Типы памяти:** наглядно-образная и словесно-логическая. Еще выделяют зрительную, слуховую, двигательную и смешанную.	**Виды нарушений**: гипермнезия (усиление памяти), гипомнезия (ослабление памяти), парамнезии (расстройства памяти): конфабуляции и псевдореминисценции – искажение и замещение содержания воспроизводимого материала. Выделяют несколько **видов** расстройств памяти: **– непосредственной памяти** (Корсаковский синдром); – **опосредованной памяти** (хуже запоминают с использованием промежуточного – опосредующего звена); – **динамики мнестической деятельности** (то запоминают, то нет); – **мотивационного компонента памяти** (нет мотивации, воспроизводство законченных и незаконченных заданий одинаково).

Продолжение табл.

№ п/п	Свойство психики	Определение	Классификация	Понятия и виды нарушений
5	**Мышление**	**1. Мышление** – форма отражения в сознании окружающей деятельности, с помощью которой устанавливаются взаимосвязь, взаимозависимость, общность и различие предметов и явлений. **2. Мышление** – это деятельность, опирающаяся на систему понятий, направленная на решение задач, подчиненная цели, учитывающая условия, в которых эта задача осуществляется (1962, Б.В.Зейгарник). **3. Мышление** – это познавательный процесс, который заключается в опосредованном и обобщенном отражении связей и отношений между предметами и явлениями окружающего мира в сознании человека.	**Мыслительные операции:** анализ (расчленение целого на части), синтез (из частей целое), сравнение (выделение сходства и различия объектов), обобщение (объединение на основе общих свойств), классификация (распределение по группам на основе сравнения и обобщения), абстрагирование (мыслю отвлеченно от предмета), конкретизация (от отвлечения перехожу к конкретному предмету). **Мышление может нарушаться по форме и содержанию:** – **по форме:** 1) нарушения по темпу: а) ускорение (скачка идей, МДП; мантизм – наплыв мыслей, возникающий помимо воли больного при шизофрении, МДП); б) б) замедление – заторможенность (крайняя степень – полная остановка течения мысли – при депрессивной фазе МДП). 2) нарушения по стройности: а) **разорванность** – нарушение логической связи между членами предложения (при этом сохраняется грамматическая составляющая), б) **бессвязность** – это нарушение в области речи, смысловой и синтаксической ее составляющих; в) в) **вербигерация** – стереотипное повторение в речи сходных по звучанию отдельных слов и словосочетаний.	**1. Понятия** – обобщение данных чувственного познания посредством мышления. **2. Понятия** – отражение в мышлении общих и существенных свойств группы сходных предметов или явлений действительности. Мышление оперирует понятиями. Понятие – высшая форма отражения: конкретные и абстрактные. **Суждения** – высказывания, в котором утверждаются или отрицаются связи и отношения между предметами и явлениями окружающего мира. **Умозаключение** – вывод из одного или нескольких суждений нового суждения. **Индукция** (из частного к общему). **Дедукция** (из общего выводы о частных случаях). **Виды нарушений**: –операционной стороны мышления (снижение и искажение уровня обобщения – либо преобладает конкретика, либо чрезмерное обобщение – связывают все с чем угодно); – динамики мышления (непоследовательность суждений; лабильность мышления (легко сбиваются на другое); инертность мышления (не переключить его, «переклинило»). – мотивационной (личностной) стороны мышления: разноплановость (мыслит в разных плоскостях) и резонерство (бесплодное мудрствование).

Продолжение табл.

№ п/п	Свойство психики	Определение	Классификация	Понятия и виды нарушений
5	**Мышление**		3) нарушения по целенаправленности: а) резонерство б) патологическая обстоятельность мышления в) персеверация. **– по содержанию:** 1) навязчивые состояния – непроизвольно возникающие мысли, от которых трудно избавиться при сохранении критики. 2) сверхценные идеи – эмоционально насыщенные и правдоподобные убеждения. 3) бредовые идеи – ложные суждения и умозаключения.	
6	**Эмоции**	**1. Эмоции –** это переживание человеком действительности. **2. Эмоции** – это «интегральное выражение измененного тонуса нервно-психической деятельности, отражающееся на всех сторонах психики и организации человека».	**Классификация эмоций:** –эмоциональные реакции (кратковременные ответные переживания на стимулы); – эмоциональные состояния (состояния, сопровождаемые изменением нервно-психологического тонуса; – эмоциональные отношения (чувства) – связь конкретных эмоций с определенными объектами. – **алекситимия** – невозможность назвать свои эмоциональные переживания или весомые затруднения при их описании; – **ангедония** – полная потеря интереса к окружающему, утрата чувства радости, удовольствия. – **эмпатия** (эмоциональная отзывчивость) – способность точно	**Аффекты** – это явные эмоциональные состояния человека, которые характеризуются <u>существенными изменениями в поведении.</u> **Страсти** – это своеобразные **сплавы эмоций и чувств**, сконцентрированных на определенном виде деятельности. Наиболее распространенные эмоциональные феномены (виды настроения): **– депрессия** – пониженное настроение, двигательная заторможенность, замедленное мышление; **– мания** – повышенное радостное настроение (эйфория), двигательное возбуждение, ускоренное мышление; **эйфория** – повышенное, неадекватно веселое настроение; **– дисфория** – злобно-гневливое настроение; **– апатия** – состояние безразличия;

Продолжение табл.

№ п/п	Свойство психики	Определение	Классификация	Понятия и виды нарушений
6	**Эмоции**		распознать эмоциональное состояние собеседника и сопереживать ему (это способность является очень важной для эффективного лечения).	– **слабодушие** – несдержанность эмоций; – **паротимия** – неадекватный аффект, не соответствующий вызвавшей его причине; – **тоска** – чувство напряжения, граничащее с болью, которое больные локализуют в области сердца; – **беспокойство** – чувство напряженного беспредметного ожидания надвигающегося несчастья; – **амбивалентность** – одновременное сосуществование противоположных эмоций; – **страх** – чувство внутренней напряженности, которое связано с ожиданием конкретных угрожающих событий или действий; проецируется вовне; – **тревога** – чувство внутренней напряженности, которое связано с ожиданием угрожающих событий; обычно не проецируется во вне;
7	**Воля**	**Воля** – способность регулировать поведение, управлять собой. **Волевое усилие** – достижение сознательно поставленной цели.	**Особенности воли:** целеустремленность; решительность; настойчивость. Мотивационная сфера включает широту, гибкость, иерархизированность. К **парабулиям** (болезненным потребностям и Мотивам) относят следующие нарушения:	**Деятельность** – совокупность действий человека, которые объединены общей целью и выполняют определенную общественную функцию. **Мотив** – то, что побуждает (заставляет) действовать (основание деятельности), то, что направляет деятельность на удовлетворение определенных потребностей.

Продолжение табл.

№ п/п	Свойство психики	Определение	Классификация	Понятия и виды нарушений
7	**Воля**		1. **Анорексия** – подавление желания есть, отсутствие аппетита. 2. **Булимия** – болезненное желание часто, постоянно и много есть. 3. **Дромомания** – патологическое непреодолимое влечение к бродяжничеству. 4. **Пиромания** – к поджогам. 5. **Клептомания** – к воровству ненужных данному человеку предметов. 6. **Дипсомания** – к запоям. 7. **Онихофагия** – непреодолимое желание грызть ногти. 8. **Арифмомания -** непреодолимое желание считать ступени лестницы, окна в домах… 9. **Суицидальное поведение.** Наиболее ярко нарушения двигательно-волевой сферы представлены в **кататоническом синдроме**: – **стереотипия** – частое и ритмичное повторение одних и тех же движений; **– импульсивные движения** – внезапные, бессмысленные и нелепые двигательные акты без достаточной критической оценки; **– негативизм** – беспричинное отрицательное отношение к любым воздействиям извне в виде сопротивления и отказа;	**Цель –** тот результат, на который направлена деятельность. **Способы осуществления деятельности** = орудия + навыки и умения. **Деятельность** выражается в **действиях**. **Действие** – это элемент деятельности, определяемый простейшей целью. Действия слагаются из **движений**. **Навыки –** автоматизированные компоненты сознательной деятельности, вырабатывающиеся в процессе ее выполнения, «память действий». **Упражнение –** целенаправленное, многократно повторяющееся действие с целью его усовершенствования. **Абулия** – безволие. **Нарушения волевой деятельности:** **– нарушение структуры иерархии мотивов** – отклонение формирование иерархии мотивов от естественных и возрастных особенностей человека (в 60 лет решил стать олимпийским чемпионом по бегу); – **парабулия** – формирование патологических (болезненных) потребностей и мотивов; – **гипербулия –** нарушение поведения в виде двигательной расторможенности (возбуждения). **– гипобулия** – нарушение поведения в виде двигательной заторможенности (ступора).

Продолжение табл.

№ п/п	Свойство психики	Определение	Классификация	Понятия и виды нарушений
7	**Воля**		**– эхолалия и эхопраксия** – повторение больным отдельных слов или действий, которые он видит или слышит в данный момент; **– каталепсия** («симптом восковой гибкости») – застывание больного в одной позе и сохранение этой позы в течение длительного времени.	
8	**Интеллект**	**Интеллект –** приобретенные знания, опыт и способность к их дальнейшему накоплению и использованию в умственной деятельности. Интеллект и мышление не тождественны. Мышление – активная функция интеллекта и совершается по законам логики. **Мышление – это интеллект в действии.** **Интеллект** – система всех познавательных способностей индивида (в частности – способность к познанию и решению проблем, определяющих успешность любой деятельности).	Выделяют **3 формы интеллекта**: *– Вербальный интеллект (запас слов, эрудиция, умение понимать прочитанное);* *– Способность решать проблемы;* *– Практический интеллект (умение адаптироваться в окружающей обстановке).*	**Основные формы нарушения интеллекта** – олигофрения (врожденное недоразвитие интеллекта) и деменция (приобретенное слабоумие). Выделяют **3 формы организации интеллекта**: **1. Здравый смысл** – процесс правильного отражения реальной действительности, основанный на анализе мотивов поведения людей и использующий рациональный способ мышления. **2. Рассудок** – процесс познания реальной действительности и способ деятельности, основанный на использовании знаний, мотивов деятельности участников коммуникации. **3. Разум** – высшая форма организации интеллектуальной деятельности, при которой мыслительный процесс способствует формированию теоретических знаний и творческому преобразованию действительности. Интеллектуальное познание может использовать следующие способы:

Продолжение табл.

№ п/п	Свойство психики	Определение	Классификация	Понятия и виды нарушений
8	**Интеллект**			– **рациональный** (требует применения логических законов, выдвижение гипотез и их подтверждение). – **иррациональный** (опирается на неосознаваемые факторы, не имеет строго заданной последовательности, не требует использования для доказательства истинных логических законов).
9	**Речь**	**1. Речь** – процесс практического применения человеком языка в целях общения с другими людьми. **2. Речь** – это высшая форма передачи информации с помощью различных сигналов и знаков: акустических, письменных или пантомимических. Основной функцией речи является обеспечение общения.	**Разновидности речи:** устная, сенсорная, внутренняя, письменная речь. **Виды речи:** – экспрессивная – громкая выразительная речь (обращенная); – импрессивная – «понимающая речь». **Дислексия (алексия)** – расстройства чтения. **Аграфия (дисграфия)** – нарушение способности правильно по форме и смыслу писать. **Акалькулия** – нарушение счетных операций. **Парафазия** – замена некоторых слов другими. **Вербигерация** – многократное повторение отдельных слов или слогов. **Инкогеренция** – бессмысленный набор слов **Логорея** – очень быстрая речь.	**Нарушения речи:** 1. **Сенсорная афазия** – не понимают обращенную к ним речь. 2. **Акустико-мнестическая афазия** – не способен запомнить даже небольшой речевой материал. 3. **Оптико-мнестическая афазия** – не могут правильно назвать предмет. 4. **Афферентная моторная афазия** – «рот не слушается». 5. **Семантическая афазия** – не понимает слова, обозначающие пространственные взаимоотношения. 6. **Моторная эфферентная афазия** – не может произносить слова. 7. **Динамическая афазия** – бедность речевых высказываний.

Продолжение табл.

№ п/п	Свойство психики	Определение	Классификация	Понятия и виды нарушений
10	**Сознание**	**1. Сознание –** высший уровень психической деятельности, проявляющийся способностью отдавать себе ясный отчет об окружающем в настоящем и прошлом времени, позволяющий предвидеть будущее и управлять, в соответствии с этим, своим поведением. **2. Сознание** – есть высшая форма отражения действительности, способ отношения к объективным закономерностям. **3. Самосознание** – это осознание человеком собственной личности. **Сознание человека оценивается** на основании: осознания им себя; осознание пространства (места, в котором он в данный момент находится); осознание времени. К. Ясперсом выделены **критерии помраченного сознания,** которые оцениваются вместе: – дезориентировка в пространстве, времени и ситуации;	Сознание может выключаться (состояния **«выключенного сознания»** – нарушения по глубине) и расстраиваться (состояния **«расстроенного сознания»** – нарушения по качеству): I) Состояния **«выключенного сознания»:** **1. Обнубиляция** – (лат. облако) – затуманивается, ориентировки сохранены, все помнит. **2. Сомналенция** (лат. сонливость) – дремота, ориентировки сохранены, все помнит. **3. Оглушение** – легкое, среднее, глубокое – сонлив или спит, на вопросы с задержкой. **4. Стопор** – не отвечает ни на какие раздражители. **5. Кома** – полное выключение сознания.	II) Состояния **«расстроенного сознания»:** **1. Делирий** (во времени, месте не ориентирован, в «Я» ориентирован, бред, галлюцинации – «белая горячка»; имеется ложная ориентировка, как правило, возникает вечером, а ночью усиливается; причина: после ЧМТ у «органиков», при инфекционных, алкогольных и наркотических интоксикациях, после выхода из делирия больные могут вспоминать отдельные фрагменты событий). **2. Анейроид** (ложная ориентировка в пространстве, времени и частично в собственной личности + фантастические сноподобные переживания – межпланетные путешествия на Марс, галлюцинации с характером громадности: «гибель города», «как раскалывается земной шар». Чаще при шизофрении и эпилепсии). **3. Сумеречное состояние сознания** (дезориентировка в пространстве, времени и в собственной личности; сужение сознания, хотя внешне больной упорядочен; приходит внезапно и внезапно заканчивается, могут быть устрашающие галлюцинации, бредовые идеи и немотивированные поступки – бегство, нападение; воспоминания о периоде помрачения отсутствуют). Возможно у больных эпилепсией, при патологическом опьянении.

Окончание табл.

№ п/п	Свойство психики	Определение	Классификация	Понятия и виды нарушений
10	**Сознание**	– бессвязность мышления; – нечеткое восприятие окружающего; – трудность воспоминаний о произошедших событиях.		Один из видов сумеречного состояния сознания – **состояние амбулаторного автоматизма** (протекает без бреда и галлюцинаций): *а) больные, выйдя из дома с определенной целью, неожиданно для себя оказываются в другом конце города или даже в другом городе, при этом они механически переходят улицы, едут в транспорте…* *б) снохождение – это сомнамбулизм, лунатизм.*

Приложение 2

Дифференциальная диагностика типов характера
(по В.Д. Менделевичу, 2001)

Характер					
Шизоидный	**Истерический**	**Психастенический**	**Эпилептоидный**	**Астенический**	**Паронояльный**
Ориентация на внутренние ощущения, замкнутость, нелюдимость, отгороженность от окружающего мира, погруженность в мир собственных фантазий, «штампы» в реагировании на ситуации, жизненный принцип – удобство для себя, прямота высказываний и бескомпромиссность, негативная реакция на появление чего-то нового в жизни.	Эгоцентризм, избегание «незамеченности», неординарность, крайняя степень выражения эмоций – «всегда полный накал», глубокие эмоции чередуются с поверхностными, лабильность настроения и поведения, театральность, неестественность, вычурность, манерность, демонстративность, нарочитость поступков – «игра на публику», декларирование гиперсексуальности, внушаемость и склонность к мистике, экстрапунитивная направленность в критических ситуациях *(«виноваты все, только не я»)*.	Застенчивость, смущенность, робость, нерешительность, заниженная самооценка, трудности контактов, боязнь перемен, мнительность, осторожность, ипохондричность, озабоченность деталями, правилами, графиками, тревожность, перестраховка, стремление к совершенству во всем, скрупулезность, чрезмерная добросовестность.	Педантизм, повышенная аккуратность, склонность следовать нормам и правилам, склонность к дисфориям.	«Зависимый» тип характера, уклонение от ответственности, подчинение собственных потребностей потребностям других, повышенная эмотивность, страх самостоятельности, беспомощность в одиночестве, пассивность, ориентация на мнение окружающих, довольствование малым, сентиментальность и жалостливость, отсутствие усилий изменить свою жизнь к лучшему.	Чрезмерная чувствительность к неудачам, завышенная самооценка и уровень требований к окружающим, установка «все обязаны считаться с моим мнением», постоянное недовольство, стремление подмечать промахи других и делать им замечания, аффективная ригидность (схожесть с эпилептоидом), подозрительность, поиск тайного, угрожающего смысла в поступках других, склонность к мистике, иррационализму, повышенное чувство обиды, любые высказывания трактуются как имеющие отношение к самому индивиду, прямолинейность в высказываниях, ревность, правдолюбие в мелочах, часто наличие идей фикс (изобретательства, государственного переустройства).

Приложение 3

Методики для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности человека (атлас И.А. Полищук, 1980 год)

№ п/п	Психическое свойство	№ таблицы	Название методики	Содержание методики и пояснения к ней (при каких психических болезнях)
I	**Восприятие**	7 – 8; 42-51	**Узнавание изображения на картинках**	Стимульный материал на картинках в виде рисунков: целых, контуров, силуэтов, с посторонними элементами (психическая слабость и расстройства памяти и сознания, астения, олигофрения). Близкие к реальности предметы воспринимаются лучше.
		9	**Исследование сенсорной возбудимости**	Счет квадратиков на время; выделение из фона отдельно квадратиков, треугольников и кружков (делирий, предделирий, эмоциональная лабильность, энцефалит – воспаление мозга, арахноидит – воспаление мозговой оболочки)
II	**Внимание**	10	**Подсчет кружков в секторах круга**	Круг разбит на 6 секторов в которых расположены кружки разной величины, цвета. Задача – правильно посчитать их количество. На активное внимание (реакцию сосредоточения)
		11	**Подсчет однородных изображений**	Стимульный материал: 6 рисунок с вишнями – от одной до шести. Задача – посчитать без ошибок и побыстрее (больные с астенией считают плохо, в МДП в маниакальной фазе – быстро, но с ошибками).
		12	**Обнаружение отсутствующих деталей в изображениях**	На активное внимание и сохранность критики – 4 рисунка: 1) мальчик с лопатой без ручки; 2) девочка с телефоном без провода; 3) стол на 3-х ножках; 4) ножницы без одного лезвия.
		13	**Последовательное и усложненное вычитание чисел, перечисление дней недели, месяцев в прямом и обратном порядке**	На активное внимание, проверка способности к арифметическим действиям, считать в уме. Из 100 вычитают одну из цифр (3; 13; 7; 17), можно две разных цифры, чередуя, скажем: 100 -3; 97-7 и т. д. **Пример задач**: 1) Отнимайте, начиная от 100 по 3, 7, 13, 17; 2) назовите цифры от 10 до 1; 3) Считайте от 1 до 20 пропуская каждую 4 цифру; 4) Назовите месяцы года, пропуская каждый второй; 5) Назовите дни недели в обратном порядке. Ошибки в единицах – расстройство комбинаторики, в десятках – неустойчивость внимания.
III	**Память**	14-16	**Запоминание геометрических фигур** (по Ф.Е. Рыбкову), **простых и сложных рисунков**	На зрительную память. 1) На таблице 6 геометрических фигур. За 10 секунд их надо запомнить и затем найти на другой таблице, где они помещены среди еще пятнадцати. 2) На рисунке слева: сливы, черная смородина, груша, вишни, яблоко, земляника. Задача – найти их на другом рисунке справа среди 15 других фруктов и ягод.

Продолжение табл.

№ п/п	Психическое свойство	№ таблицы	Название методики	Содержание методики и пояснения к ней (при каких психических болезнях)
		17-18	**Запоминание цифр, слов и предложений по слуху**	Стимульный материал зачитывается однократно: 1) запомните цифры: **3-5-7-4-9** или **25-17-64-93-57-30-14-49-74-27;** 2) Запомните слова: **дом, труд, спорт, хлеб, дождь, звук, боль, жизнь, лес, пакт** или **дом, вода, лес, окно, м ед, брат, стул, гриб, конь, игла.** В норме из 10 слов запоминают не менее 5: сразу – непосредственная память, отсроченное воспроизведение (ретенция) – долговременная память. 3) Дождь идет; сон его успокоил; дети учатся в школе; поезд отходит вечером; строится новый дом; врач осматривает больного; его рассказ заинтересовал слушателей; советские люди покоряют космос (нарушения при прогрессивном параличе, астении, атеросклерозе сосудов ГМ, шизофрении, олигофрении, Корсаковском синдроме).
		19	**Пиктограмма**	На опосредованное запоминание. На слова (словосочетания) для лучшего запоминания надо нарисовать простые рисунки. Пример слов: 1) **веселый праздник; глухая старушка; сердитая учительница; девочке холодно; болезнь; разлука; развитие; побег; надежда; зависть; сожаление; мечта** 2)**тяжелая работа; ядовитый вопрос; мальчик трус; теплый вечер; печаль; обман; подвиг; вражда; мысль; власть; отчаяние; счастье.** Рисунки здоровых читаются без слов. «Органики», олигофрены проще находят рисунки к словам с конкретным значением. Эпилептики – в рисунках эгоцентризм. Шизофреники – рисунки без конкретного содержания (стрелки, математические знаки).
IV	**Ассоциации**	20-21	**Ассоциативный словесный эксперимент** (исследование прошлых временных жизненных связей: слово-раздражитель > связь)	На слово экспериментатора называется первое слово, пришедшее на ум. Пример: шкаф; город; сват; ветка; перо; воробей; кролик; рама; свеча; дорога; платье; чернила; кошка; туфли; пом идор; нитка; тетрадь; солнце; подушка; день; доска; улица; пила; карандаш; стакан. В норме ответ испытуемого – до 2 секунд. Увеличение латентного периода к концу эксперимента – истощаем! Вообще – снижение подвижности возбудительного процесса. По характеру ответов **речевые реакции** делятся: **высшие, низшие, атактические**: – **высшие** (общеконкретные: лето-жаркое; индивидуальноконкретные: город-Киев; абстрактные: соловей-птица);

№ п/п	Психическое свойство	№ таблицы	Название методики	Содержание методики и пояснения к ней (при каких психических болезнях)
IV				– **низшие** (ориентировочные: где?, какой?; отказные: не знаю, не могу; созвучные: коса-оса; овес-пес; экстрасигнальные: жена-дождь, если дождь за окном, т.е. предмет в сфере восприятия; междометные: ой, ах, ох, ну; персеверирующие: на 3 разных слова испытуемых всегда одно «ночь»; эхолалические: дом-дом – повторение слова раздражителя или тоже + ответ: дом-дом большой. – **атактические реакции** (нет улавливаемой смысловой связи: еда-ухо, врач-керосин. Учитываем число видов речевых реакций, средний латентный период, латентный период первых и последних пяти слов, мимику, вегетатику и эмоциональные реакции. Норма: высшие речевые реакции 98-100%, из них общеконкретных – 68-72%, индивидуальноконкретных – 8-12%, абстрактных – 20%. Латентный период в норме 1,5-2 секунды. Низшие и атактические речевые реакции в норме отсутствуют. Нарушение при шизофрении, МДП, эпилепсии, органических заболеваниях ГМ, астении, олигофрении.
		22-25	**Направленные виды ассоциативного словесного эксперимента:** *А) начало фразы неопределенно*	Дается 20 фраз, которые надо закончить (определяют скрытые переживания). **Пример:** Моя специальность…; Моя семья…; Боюсь…; Деньги…; Моя мечта…; Работа…; Мои сны…; Бороться…; Больше всего люблю…; Дома…; Моя голова…; Дети…; Меня беспокоит…; Смерть…; Мой вид…; Друзья…; Если б я мог…; Мои планы…; Скрываю…; Когда мы слю…
			Б) начало фразы детерминировано	Дается 60 фраз, которые надо закончить. Их делят на 15 групп (по 4) по общему признаку: отношение к семье, мужчинам, женщинам, жизни…. **Пример** десяти из них: Думаю, что отец мой редко…; Если все против меня, то…; Я всегда хотел…; Будущее кажется мне…; Мое начальство…; Если бы я занимал руководящий пост…; Знаю, что это глупо, но боюсь…; Когда я был ребенком…; Идеалом женщины (мужчины) для меня является… Обработка: учитывают смысл нового предложения, латентный период, эмоциональную реакцию. Эмоционально значимые предложения > задержка латентного периода + эмоциональная реакция.

Продолжение табл.

№ п/п	Психическое свойство	№ таблицы	Название методики	Содержание методики и пояснения к ней (при каких психических болезнях)
V	**Отвлечение и обобщение**	26-27	**Обобщение понятий**	На мышление, аналитико-синтетическую функцию КГМ. Задача: 1) Назовите одним обобщающим словом **(конь, овцы, лев, слон)** – звери или (**корабль, трамвай, автобус, самолет**) – транспорт.
		26-27	**Классификация понятий**	Предлагают 40 карточек с изображением одежды, животных, овощей, других предм етов (на обороте их – названия этих изображений) для выделения однородных групп, которые можно назвать обобщающим словом. **Пример карточек:** шкаф, диван, кровать, стол, стул, утюг, очки, коньки… Олигофрены мыслят конкретно: коза капуста; шкаф нлатье. Эпилептики детализируют: одежда взрослая; одежда детская или мебель светлая; мебель т емная. «Органики» – объединение одноименных групп, ничем не отличающихся > сужен объем внимания: две группы ов ощей, две группы цветов… Шизофреники – ориентация на малоактуальные, второстепенные признаки («сверхвключение»): слон-самолет – «оба движутся».
		28	**Деление понятий** (действие, противоположное обобщению)	Требуется назвать виды животных, деревьев, названия рек… Пример: Какие Вам известны дикие животные или деревья, реки, страны света, виды транспорта? Испытуемый должен отвечать.
		28-29	**Определение и разграничение понятий**	**Определение понятий:** Определите, что это такое? Этажерка? Ответ – мебель и др. Кошка, ракета, дождь, север, ложь, шкаф, холодильник, трактор, снег, г оризонт, правда. **Разграничение понятий:** Какая разница между: матерью и мачехой; скупостью и бережливостью; рекой и озером; книгой и журналом; птицей и самол етом; солнцем и луной; санями и телегой; обманом и ошибкой.
		30-31	**Исключение понятий**	Выделение из группы предметов (рода) лишнего, не относящегося к этому понятию (возможны рисунки предметов, возможны слова). Пример № 1: Что нужно исключить, чтобы остались однородные предметы? **На рисунке**: 1) миска, кружка, часы, чашка 2) шляпа, сапоги, кепка, фуражка 3) часы, будильник, весы, календарь 4) павлин, яйца, индюк, гусь. Пример № 2: Исключите в каждом ряду одно слово, которое не соответствует родовому понятию (4 слова можно объединить по общему признаку, а одно слово необходимо исключить):

Продолжение табл.

№ п/п	Психическое свойство	№ таблицы	Название методики	Содержание методики и пояснения к ней (при каких психических болезнях)
		30-31		– **Василий, Федор, Семен, Иванов, Порфирий** – **дряхлый, старый, изношенный, маленький, ветхий** – **скоро, быстро, поспешно, постепенно, торопливо** – **лист, почка, кора, дерево, сук** – **ненавидеть, презирать, негодовать, возмущаться, наказывать** – **темный, светлый, голубой, яркий, тусклый** – **гнездо, нора, муравейник, курятник, берлога** – **неудача, крах , провал, поражение, волнение** – **успех, победа, удача, выигрыш, спокойствие** – **грабеж, кража, землетрясение, поджог, нападение** Олигофрены выделяют не то, ориентируются на цвет, величину, не дают однородным предметам общего названия. Шизофреники объединяют предметы по малозначительным признакам (исключают сапоги, так как они из кожи, а шляпу, кепку и фуражку обобщают, так как они пропускают воздух и воду).
		32-36	**Анализ соотношения понятий**	На умение обобщать и устанавливать отношения между понятиями. 1) Из пар подберите отношение аналогичное первому отношению: Пример №1: **Мороз/шуба**: ветер/парус; стирка/белье; дождь/зонтик; зима/лыжи; дождь/лужи. Пример № 2: **Лес/деревья**: море/ветер; поле/туман; письмо/кляксы; библиотека/книги; снег/вода. 2) Подберите слова так (дополните), чтобы отношения в ряду были аналогичными: **Дерево/сосна**: цветок/….; чувство/….; птица/….; металл/…. **Камень/твердый**: резина/….; стекло/…..; дым/…..; солнце/…. 3) Подберите слова так, чтобы отношения в ряду были аналогичными, выбрав из пяти слов на выбор нужное: **Нож/сталь**: стол/ вилка, дерево, стул, птица, скатерть; **Школа/обучение**: больница/ доктор, ученик, учреждение, лечение, больной; **Песня/глухой**: картина/ хромой, слепой, художник, рисунок, больной; **Птица/гнездо**: человек/ люди, птенец, рабочий, зверь, дом; **Хлеб/пекарь**: дом/ вагон, город, жилище, строитель, дверь; **Электричество/проволока**: пар/ лампочка, ток, вода, трубы, кипение;

№ п/п	Психическое свойство	№ таблицы	Название методики	Содержание методики и пояснения к ней (при каких психических болезнях)
				Лошадь/жеребенок: корова/ пастбище, рога, молоко, теленок, бык; **Ложка/каша**: вилка/ масло, нож, тарелка, мясо, посуда; **Коньки/зима**: лодка/ лед, каток, река, весло, лето; **Ухо/слышать** : зубы/ видеть, лечить, рот, щетка, жевать. 4) Укажите 2 слова из пяти, без которых понятие указанного слова не существует: – **сад** (растения, садовник, собака, забор, земля); **– сарай** (сеновал, лошади, крыша, скот, стены); **– деление** (класс, делимое, карандаш, делитель, бумага); – **кольцо** (диаметр, алмаз, проба, округлость, печать); – **игра** (карты, игроки, штрафы, наказания, правила); – **куб** (углы, чертеж, сторона, камень, дерево). «Органики» инертны, переходят от задания к заданию с теми же аналогиями, хотя уже нужны другие. При анализе следует учитывать характер рассуждений: соскальзывание, паралогичность, нарушения целенаправленности и логичности мышления, что характерно для шизофрении. Шизофреники часто выбирают ассоциации по смежности: мороз/шуба = зима/лыжи, а не дождь/зонтик.
		39	**Классификация геометрических фигур**	Необходимо выбрать фигуры из группы (16 штук всего) по общему признаку: 1) цвету, 2) величине, 3) форме. Правильной считается любая группировка по одному из признаков. Олигофрены и эпилептики с трудом переключаются с одной группировки на другую.
		37-38	**Образование искусственных понятий**	Имеется 4 вида фигур в количестве 32-х: светлые, темные, ограниченные прямыми линиями, имеющие округлую сторону(ы). Их условно обозначают на обратной стороне: ОКС, ОКТ, ПЕС, ПЕТ. При предъявлении фигуры испытуемый должен ответить что это, к примеру – ОКС.
		40-41	**Понимание переносного смысла пословиц и метафор**	Варианты: 1) объяснить смысл пословиц; 2) подобрать ей аналогию из предложенной группы пословиц. Пословица – сложный словесный раздражитель, имеющий 2 основных признака – прямой и переносный смысл. При непонимании переносного смысла пословиц больные подбирают выражения, имеющие лишь внешнее сходство с пословицей. Шизофреники соединяют пословицы не на основе переносного смысла, а

Продолжение табл.

№ п/п	Психическое свойство	№ таблицы	Название методики	Содержание методики и пояснения к ней (при каких психических болезнях)
				на основе второстепенных, случайных признаков. Например, «Яблоко от яблони…» и «Что посеешь, то и пожнешь» – оба они из области сельского хозяйства. Нарушения отвлечения и обобщения характерны для олигофренов (из-за малого запаса временных связей из прошлого опыта), «органиков» (из-за разрушения клеток коры ГМ – стойкая утрата временных связей из прошлого опыта), шизофреников (из-за расстройства воспроизведения временных связей из прошлого опыта на фоне торможения КГМ > действие несущественных признаков усиливается, а существенных ослабевает. Пример: 1) Подберите к пословицам фразы или другие пословицы, сходные по смыслу, объясните переносный смысл пословиц: К этим 5-ти пословицам подобрать аналогию – фразы или пословицы: **«Куй железо пока горячо», «Один в поле не воин», «Лес рубят – щепки летят», «Не все золото, что блестит», «Шила в мешке не утаишь»** из следующих 14: За деревьями не видно леса; Когда дрова горят, тогда и кашу варят; Большое дело не бывает без потерь; Делай все вовремя; Ржавое железо не блестит; Одного поля ягоды; Трудно и дереву одинокому расти; Теперь обувь шьют и без шила; Одна пчела наемного меду наносит; О книге не суди по переплету; Чистое золото ценится дорого; Ложь не скроешь; Из угольного мешка не выходит белой пыли; Не по виду суди, а по делам гляди.
				2) В каком смысле употребляются эти выражения: **«светлая голова», «железная рука», «глухая ночь», «ежовые рукавицы», «пламенная речь», «свинцовая туча».**
VI	**Осмысливание**	42-46	**Понимание содержания сюжетных картин**	Картина – сложный комплексный раздражитель. Предлагается серия картин и ряд вопросов по их тематике: **Кто выше прыгнул? Где бегут мальчики? Что Вы видите? Кто кому помогает, а кто кому мешает? Что изображено на картине?** Исследуется аналитико-синтетическая деятельности КГМ с участием обеих сигнальных систем. При астении, спутанности сознания – уменьшается осмысливание сюжета, упускаются связи, отдельные детали.

Продолжение табл.

№ п/п	Психическое свойство	№ таблицы	Название методики	Содержание методики и пояснения к ней (при каких психических болезнях)
		47-51	**Рассказ по картинкам с последовательным развертыванием сюжета**	Задача: Составьте рассказ по картинкам и придумайте заглавие.
		52-56	**Осмысливание рассказа** (простых задач)	Олигофрены не понимают. Пример № 1: 1) В коробке было 5 красных карандашей и 3 синих карандаша. На сколько красных карандашей больше чем синих? 2) Петя истратил 30 копеек и у него осталось 10 копеек. Сколько денег было у Пети? 3) На одной тарелке лежало 20 яблок и груш. Груш было на 4 больше, чем яблок. Сколько было яблок и сколько г руш? 4) Отец брата и брат отца – это одно и то же лицо или нет? Пример № 2: Рассказ **«ЛЕКАРСТВО»**: Заболела мать Тани. Доктор прописал ей горькое лекарство. Девочка видит, что мать пьет его с трудом и говорит: «Мама, дай я выпью лекарство за тебя». Вопросы: Хорошая ли девочка Таня? Правильно она поступила или нет? Если неправильно, то почему? Рассказ **«ВСЯКОЙ ВЕЩИ СВО Е МЕСТО»:** Сережа как проснется, так и начинает свои вещи разыскивать: один носок у него на стуле, другой – под столом, один ботинок – под кроватью, другого и в комнате нет. Возится Сережа каждое утро и в школу опаздывает. Вопросы: Почему Сережа опаздывает в школу? Что нужно ему сделать, чтобы не опаздывать в школу? Дается рассказ с пропущенными словами. Задача: Прочтите рассказ, вставляя пропущенные буквы. «ВОКЗАЛ»: Если хотят ехать, идут на …. Сначала в …. покупают себе … Уже готов …. с длинным … вагонов. Быстро входят и …. Места. Медленно начинают вертеться …. Поезд …., оставшиеся машут ….
		57-58	**Осмысливание картинок и текстов с нелепостями**	Для определения критического отношения к содержанию. 1) Водолаз на дне моря поливает из лейки водоросль. 2) Деревья от ветра гнутся в сторону, а дым из труб поднимается вертикально. 3) **«ВСАДНИК»**: Темной ночью всадник едет на лошади и боится, чтобы лошадь не украли; вс е время щупает, есть ли лошадь. 4) Курица живет 3 года. Сколько живет полкурицы. 5) На дубе 6 веток, на каждой по 6 яблок. Сколько всего яблок на дубе?

Продолжение табл.

№ п/п	Психическое свойство	№ таблицы	Название методики	Содержание методики и пояснения к ней (при каких психических болезнях)
		59-62	**Образование силлогизмов**	**Силлогизмы** – умозаключение, в котором из двух категорических суждений, связанных общим средним термином, получается третье суждение, называемое выводом, причем средний термин в выводе отсутствует. Например, **1) Все жидкости упруги 2) Вода– жидкость. Вывод: Вода упруга.** Имбецилы не могут. Не удается образовать при низком тонусе КГМ, слабости раздражительного процесса, недостаточности синтеза и анализа.
VII	**Комбинаторика, навыки, конструктивные действия**	63	**Составление из букв осмысленных слов**	Конструктивное мышление – процесс решения в уме, без каких либо практических действий. Задача: составьте из предложенных букв как можно большее количество слов – «а», «л», «й», «и», «а», «р», «к», «а», «р», «о», «к», «л» : рай, рок… Это проба на использование «внутренней речи», проверяется запас слов.
		63	**Заполнение пропущенных букв в словах**	Задача: Прочтите слова, вставляя пропущенные буквы: **п-ла; з-ма; л-па; г-ра; р-ка; п-ле; м-ре; п-уд; с-он; к-ей; п-ащ; к-ем; т-уд; р-ке-а; в- -на; с-ад-он; д-р-га; бл-к-от; в-ш-я; по-о-а; к-м-нь; в-т-м-н; д-р-во.** С постепенным повышением сложности: одну, затем 2 буквы вставляем.
		64	**Складывание картинок из отрезков**	Картинки разрезаются на части (крупные, помельче). Задача – сложить целый рисунок. Не могут умственно отсталые, интеллектуально несостоятельные, с недостаточностью пространственных представлений.
		65-68	**Складывание из картинок-квадратов орнаментов по образцу**	Задача – сложить орнамент по образцу. Имеется 30 квадратов: квадраты светлые (10), темные (10), наполовину темные и светлые (10) – как 2 треугольника, составляющих один квадрат.
		69-74	**Заполнение отсутствующих деталей в изображении (J.C. Raven)**	Имеется 60 рисунков, 5 серий по 12 рисунков в каждой. Надо вставить фрагменты в таблицы по аналогии с уже имеющимися фигурами.
		75	**Пропускание по заданию буквы в слове, слова – в предложении, элемента – в геометрической фигуре**	Задачи: 1) Напишите три первые буквы своей фамилии. 2) Напишите три первые буквы в слове «рука». 3) Напишите три первых слова фразы «сегодня утром шел дождь». 4) Напишите предложение «Чуден Днепр при тихой погоде», но второго слова не пишите (не говорите). 5) Напишите слово «Арарат», но пропустите все буквы «р». 6) Начертите квадрат, но одной стороны в нем не чертите.

Продолжение табл.

№ п/п	Психическое свойство	№ таблицы	Название методики	Содержание методики и пояснения к ней (при каких психических болезнях)
VII	**Типологические и индивидуальные особенности**	76-81	**Типологический опросник**	**1 сигнальная система – ощущения, восприятия и представления из окружающей среды посредством раздражения рецепторов.** **2 сигнальная система – речь.** Речь – «высший регулятор поведения» человека. Имеется 8 колонок по видам нервной деятельности. Испытуемому необходимо назвать, какие свойства характера из перечисленных в колонке у него отчетливо выражены. К примеру, максимальное число качеств по 1 и 2 колонке – это сильный, уравновешенный тип нервной системы.
		82-86	**Отыскивание чисел по таблицам Шульте**	Проверяется объем внимания, скорость ориентировочно-поисковых движений взора, подвижность нервных процессов и работоспособность нервных клеток. Испытуемый находит цифры в возрастающем порядке, убывающем (норма времени – 45 секунд), либо красные и черные называет в разном порядке – поочередное отыскивание (таблица 7х7 квадратов, пример – 1 черное – 24 красное, 2 черное – 23 красное) Норма времени – 90 секунд. Цифры вслух и обозначаются карандашом. См. время выполнения, ошибки, темп к концу исследования. Если одну цифру вместо другой – недостаточная концентрация внимания. Эпилептики производят поочередное отыскивание чисел за 1,5-2,0 минуты. Церебральный атеросклероз – время увеличивается. Старческие психозы – отыскать цифры по порядку не удается.
		26-27	**Классификация понятий по мыслительному или художественному типу**	По мыслительному типу: карась-орел-овца По художественному типу: карась-чешуя -плавать По смешанному типу: может использовать оба варианта – равновесие систем.
		90	**Личностный опросник Айзенка**	Имеется 57 вопросов. Для определения экстраверсии, интраверсии, нейротизма. Карточки имеют темные углы, которые срезаются. Получается скос в виде квадрата или треугольника в разных углах карточки: вверху, внизу, слева, справа. Читаю вопросы на карточке: отвечаю «да» – ложу справа, «нет» – ложу слева. Затем подсчитываю карточки по номерам, с учетом формы срезов в каждой кучке и по набранным баллам (1 карточка – 1 балл) определяю кто я: экстраверт, интраверт или нейротик.

Окончание табл.

№ п/п	Психическое свойство	№ таблицы	Название методики	Содержание методики и пояснения к ней (при каких психических болезнях)
		87-88	**Исследование самооценки (мод. Т.В. Габриял)**	Имеется 4 лестницы слов, характеризующих ум, здоровье, характер, счастье. Испытуемый делает отметку относительно себя на этой лестнице. Норма – 4-5 ступень (это середина или чуть выше среднего). **Шизофрения** – крайности отметок, **эпилепсия** – отметки могут быть как у здоровых, **депрессия** – низкие оценки.
		-	**Исследование уровня притязаний**	Выделяют 2 уровня притязаний: объективно-принципиальный и субъективно-личностный. Имеется 12 пар заданий по возрастающей сложности. Ответил (+), не ответил (-). Выбор карточек за и спытуемым, время отмечается по секундомеру. Суть – интерес не к объему знаний, а к особе нностям поведения в зависимости от «успеха» или «неуспеха», наличие или отсутствие тенденции к усложнению задания. Здоровые – «успех» > больший № или такой же, «неуспех» – меньший, действия плавные. Резкие переходы, неустойчивый их характер (после небольшого «успеха» > самую трудную задачу, а после однократной «неудачи» > самую легкую. Шизофрения – выбор не зависит от «успеха» или «неуспеха». Психическое недоразвитие, распад личности –уровень притязаний не формируется (берут карточки только с легкими заданиями, не считаясь с предыдущими «неуспехом».

Приложение 4

Методики патопсихологического исследования
(по В.М. Блейхеру, И.В. Круку, С.Н., Бокову)

№ п/п	Методика	Автор	Год разработки	Что изучает?	Смысловое содержание	Примечания
СЕНСОМОТОРНЫЕ РЕАКЦИИ (методики на внимание, подвижность психических процессов)						
1	**Корректурная проба**	B. Bourdon	1895	внимание – способность к его концентрации, устойчивость	зачеркивание одной или двух букв (выбор их определяется исследующим)	органическая церебральная патология
2	**Счет по Крепелиину**	E. Kraepelin	1895	работоспособности – упражняемости и утомляемости	в столбец записывается много однозначных чисел, которые испытуемый должен складывать в уме	
3	**Отсчитывание**	E. Kraepelin	1895	возможность считать, состояние внимания	отсчитывание от 100 или 200 все время одного и того же числа про себя, а вслух только называть полученное при очередном вычитании число	интеллектуальная недостаточность, неустойчивое внимание
4	**Отыскивание чисел по таблицам Шульте**	Шульте		темпа сенсомоторных реакций и особенности внимания	исследование производится с помощью спецтаблиц, на которых в беспорядке расположены числа от 1 до 25; отыскиваются числа по порядку, каждое пок азывается и называется вслух; отмечается время, затрачиваемое на каждую таблицу	слабоумие

Продолжение табл.

№ п/п	Методика	Автор	Год разработки	Что изучает?	Смысловое содержание	Примечания
СЕНСОМОТОРНЫЕ РЕАКЦИИ (методики на внимание, подвижность психических процессов)						
5	**Пробы на переключение**	М.С. Лебединский		подвижность психических процессов, способность считать, словарный запас	называние больным поочередно пар слов, обозначающих одушевленные и неодушевленные предметы	
6	**Чередование антонимов и синонимов**			инертность психических процессов	к заранее подготовленному набору слов подбираются как синонимы, так и антонимы.	органическая церебральная патология, начальные стадии церебрального атеросклероза
7	**Сложение с поочередно меняющимися слагаемыми**			подвижность психических процессов, способность считать, истощаемость	предлагают к какому – либо числу поочередно прибавлять два других, например, к 7 добавить 5, к сумме – 6, затем к образовавшейся сумме вновь 5, затем – вновь 6 и т.д.; при этом вслух испытуемый произносит лишь результативные числа.	Эпилепсия, церебральный атеросклероз, грубая органическая церебральная патология
8	**Поочередное вычитание**			инертность психических процессов, их истощаемость	от 100 или 200 отсчитывается не одно и то же вычитаемое, а два чередующихся, например 7 и 8	

Продолжение табл.

№ п/п	Методика	Автор	Год разработки	Что изучает?	Смысловое содержание	Примечания
9	**Исследование переключения внимания с помощью модификации таблиц Шульте**	Ф.Д. Горбов	1959, 1964	инертность психических процессов, их истощаемость, переключаемость внимания	используется таблица, разделенная на 49 клеток (7 на 7), в которых в случайном порядке расположены черные и красные цифры (черные – от 1 до 25, красные – от 1 до 24, надо вначале отыскать указкой черные числа в возрастающем порядке, а затем последовательно, в убывающем порядке – красные; затем чередовать – черные прибавлять с 1, красные вычитать с 24	органическая церебральная патология
10	**Корректурная проба с переключением**				В начале в 10-15 строчках корректурной таблицы вычеркивают каждую третью букву, фиксируется время, затраченное на выполнение задания. Затем дается указание зачеркивать поочередно в одной строке каждую третью букву, а в последующей – каждую четвертую букву	

Продолжение табл.

№ п/п	Методика	Автор	Год разработки	Что изучает?	Смысловое содержание	Примечания
			ПАМЯТЬ			
1	**Тест зрительной и слуховой памяти**	R. Meili	1961	зрительная и слуховая память	исследовании зрительной и слуховой памяти с помощью двух серий картинок или слов на запоминание (каждая серия – 30 картинок или слов, на которых изображены или которые обозначают определенные предметы; Картинку или слово предъявляют с интервалом в 2 с одна за другой	
2	**Пробы на запоминание искусственных (несмысловых) звукосочетаний**				зачитывают 10 двухсложных звукосочетаний (<ролам>, <вакар>, <сига> и т.п.) и просят повторить те, которые он запомнил; затем исследующий повторно зачитывает эти звукосочетания (здоровые полностью их воспроизводят после 5-7 повторений)	

Продолжение табл.

№ п/п	Методика	Автор	Год разработки	Что изучает?	Смысловое содержание	Примечания
3	**Проба на запоминание 10 слов**			память	зачитывают 10 двухсложных слов без смысловой связи, просят воспроизвести, обычно здоровые воспроизводят 10 слов уже после 3-4 повторений; Через 20-30 мин. просят повторить запомнившиеся слова	
4	**Проба на ассоциативную память**			ассоциативная память	зачитывают десять пар относительно однородных слов, между которыми легко устанавливаются смысловые связи: река – море; яблоко – груша и т.д. Исследующий зачитывает эти слова (четко отделяя пары паузами), затем он зачитывает первое слово каждой пары, а обследуемый называет второе слово	

Продолжение табл.

№ п/п	Методика	Автор	Год разработки	Что изучает?	Смысловое содержание	Примечания
5	**Опосредованное запоминание**	А.Н. Леонтьев	1928	логическое (опосредованное) запоминание, особенности мышления, интеллект	зачитывается 10 -15 слов и предлагают для того, чтобы их запомнить, подобрать к каждому подходящий по смыслу рисунок из 20-30 карточек с рисунками, предусматривающими различные возможности опосредования (рисунки не должны служить прямой иллюстрацией к запоминаемым словам); обследуемый должен установить смысловую связь между словом и рисунком, например, к слову <море> – пароход, <дождь> – зонтик и т.д.	слабоумным недоступны
6	**Психометрическое исследование памяти с помощью шкалы Векслера**	Wechsler Memory Test	1946	различные аспекты памяти	состоит из 7 субтестов, определяющих личные данные, ориентировку, психический контроль, логическую память, воспроизведение цифр, визуальную репродукцию (4 геометрических фигуры) и парные ассоциации; затем баллы суммируются, поправка на возраст и интеллект	

Продолжение табл.

№ п/п	Методика	Автор	Год разработки	Что изучает?	Смысловое содержание	Примечания
7	**Тест зрительной ретенции Бентона**	A.L. Benton	1952	для исследования запоминания рисунков различных форм	на карточке изображено несколько простых геометрических фигур (время экспозиции карточки – 10 с.), затем обследуемый должен воспроизвести нарисованные на карточке фигуры по памяти; имеется три формы – C, D, E, каждая состоит из 10 карточек-образцов; оцениваются качественные и количественные показатели	церебральная патология, особенно органики
МЫШЛЕНИЕ						
1	**Складывание картинок из отрезков**	А.Н. Бернштейн	1911	для исследования интеллектуального уровня	предлагают (в возрастающей сложности) составить 6 рисунков, разрезанных на части (первые 3 рисунка разрезаны на 4 части, а остальные – на большее количество отрезков; первый и четвертый рисунки одинаковы, но разрезаны по-разному; отрезки рисунка даются без определенного порядка, перевернутыми; учет времени, полученного рисунка и как делал	

Продолжение табл.

№ п/п	Методика	Автор	Год разработки	Что изучает?	Смысловое содержание	Примечания
2	**Понимание рассказов**			на осмысление сюжета рассказа, состояние памяти	применяются специально подобранные рассказы, притчи (читают ему или сам читает), затем предлагают воспроизвести рассказ (устно или письменно); обращается внимание на характер изложения прослушанного	
3	**Понимание сюжетных картин**			исследование интеллектуального уровня	показ больным специально подготовленной серии картин (открытки-репродукции) различной сложности с просьбой к испытуемому охарактеризовать содержание картины; описывая картину, обследуемый обнаруживает не только возможность понять ее сюжет, но и проявляет свой запас знаний, особенности речи, свое отношение к изображаемым событиям	интеллектуальная недостаточность, очаговая органическая патология
4	**Установление последовательности событий**	А.Н. Бернштейн	1911	для исследования <u>сопоставления,</u> т.е. сравнительной оценки нескольких данных в их отношениях друг к другу	для выполнения задания испытуемый должен 1) установить различия в отдельных элементах рисунков; 2) определить последовательность их сюжетного расположения	ослабоумливающие органические заболевания головного мозга

Продолжение табл.

№ п/п	Методика	Автор	Год разработки	Что изучает?	Смысловое содержание	Примечания
5	**Методика для выявления нарушений критичности мышления**	В.М. Блейхер, В.А. Худик	1982	критичность мышления	предлагается несколько серий картинок для установления последовательности развития по ним определенного сюжета; первая серия содержит 4 картинки, вторая – 6 картинок; две картинки второй серии, однако, не соответствуют сюжетной линии рассказа и «выпадают» из сюжета; больные пытаются все-таки их в него включать	
6	**Классификация**	K. Goldstein	1920	для исследования процессов обобщения и отвлечения, последовательности суждений	обследуемый самостоятельно образует группы из картинок или слов: одежда, мебель и т.д.; сначала помельче, затем – покрупнее; см. что он объединяет, почему, как трактует, реакцию на ошибки	шизофрения, старческие психозы, ЧМТ
7	**Исключение**			Для оценки обобщения и отвлечения, способности испытуемого выделить существенные признаки предметов или явлений	Обследуемому предлагают 5 слов и говорят, 4 из 5 слов в серии являются в какой-то мере однородными понятиями и могут быть объединены по общему для них признаку (или 4 картинки, одна из них то же не является однородной с остальными), просят исключить неоднородное слово или картинку	шизофрения, старческие психозы, ЧМТ

Продолжение табл.

№ п/п	Методика	Автор	Год разработки	Что изучает?	Смысловое содержание	Примечания
8	**Выделение существенных признаков**			для выявления способности испытуемого дифференцировать существенные признаки предметов или явлений, определения последовательности рассуждений испытуемого	Дается слово, а за ним в скобках еще 5 слов; надо выбрать 2 наиболее существенных, подходящих по смыслу к определяющему слову, стоящему перед скобками	
9	**Образование аналогий**			для установления логической связи и отношений между понятиями, обнаружения нарушения последовательност и суждений	имеются пары слов образцы, которые связаны между собой какой-то аналогией; ниже имеются пары слов, которые надо связать с одной из аналогий образцов и поставить ее № и дать объяснение, почему так сделал	
10	**Выделение закономерностей**			для установления обобщения числового ряда	Имеется числовой ряд, составленный с определенной закономерностью (1, 3, 5, 7…), он должен продолжить эту закономерность	
11	**Определение и сравнение понятий**			для изучения мышления	при определении и сравнении понятий учитываются их родовые и видовые признаки, первые их определяют, вторые – отличают; важны объяснения – почему выбрал именно эти признаки	шизофрения

Продолжение табл.

№ п/п	Методика	Автор	Год разработки	Что изучает?	Смысловое содержание	Примечания
12	**Формирование искусственных понятий**	Л.С.Выготский и Л.С. Сахаров	1930	для исследования способности формирования понятий	есть набор стереометрических фигур, отличающихся по форме, цвету, величине (на нижней их стороне, невидимой – условные надписи «цев», «гур» и т. д. Выбирается одна фигура и говорится, что и другим фигурам с этой надписью характерен общий признак, ищи эти фигуры… ищет, а там другая надпись, далее ищет уже по другому признаку … См. сколько ходов сделал, его логику	
13	**Понимание переносного смысла пословиц и метафор**			для исследования особенностей мышления – его уровня, целенаправленности и критичности	объясняет смысл пословиц, проводит аналогии по смыслу нескольких пословиц	
14	**Называние 50 слов**			для изучения особенностей ассоциаций	быстро называешь 50 слов, кроме тех, что в комнане; см. богатство словарного запаса, темп речи. Здоровые называют слова гнездами – по 5-6 слов, больше гнезд – инертность психики	
15	**Пиктограммы**	Л.С. Выготский		для изучения опосредованного запоминания	дают чистый лист и карандаш, затем называют слова, а ты делаешь рисунок, чтобы это слово запомнить	

Продолжение табл.

№ п/п	Методика	Автор	Год разработки	Что изучает?	Смысловое содержание	Примечания
16	**Ассоциативный (словесный) эксперимент**	В.М. Бехтерев, М.И. Аствацатуров, А.Г. Иванов-Смоленский	конец прошлого столетия	поиск скрытых комплексов	на каждое услышанное слово отвечать любым и как можно быстрее, 30-40 существительных называют без всякой связи, фиксируют время ответной реакции и ее содержание	
17	**Подбор слов-антонимов**			для установления словарного запаса больного, устойчивости избранного модуса деятельности, состояние внимания, интеллектуальной недостаточности, истощаемости	Тот же словесный эксперимент, но используются слова противоположного значения; имеется спецбланк, содержащим заранее подобранные слова (тупой, тонкий, грязный, исчезновение и т. д.); обследуемому дается указание к каждому слову подобрать антоним	
ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. ИНТЕЛЛЕКТ И МЫШЛЕНИЕ.						
1	**Исследование интеллекта по методу Векслера**		1955	интеллект	11 субтестов на интеллект: 6 вербальных (общей осведомленности, понятливости, арифметический, нахождения сходства, воспроизведения числовых рядов, словарный) + 5 невербальных (цифровых символов, нахождения недостающих деталей в картине, кубики коса, последовательных картин, сложения фигур)	

Продолжение табл.

№ п/п	Методика	Автор	Год разработки	Что изучает?	Смысловое содержание	Примечания
2	**Таблицы Рейвеиа (шкала прогрессивных матриц)**	К. Рейвен	1936	Для оценки внимания, перцепции, мышления, интеллекта	Имеется 60 таблиц в виде 12 серий по 5 в каждой; в них недостающий фрагмент, надо его правильно вставить с учетом образца определенной структуры; считают степень интеллектуального уровня, их 5	
3	**Методика Титце**	М. Титце	1974	для изучения нарушений мышления	стимульный материал методики представлен семью большими картинами размером 23 х 20 см, на которых изображены различные объекты или ситуации, часть картины – «белая»; надо заполнить эту часть одним из 42 фрагментов	
4	**Шкала «домино»**	Anstey	1943	для измерения общего (врожденного) интеллекта	шкала «домино» состоит из 4 примеров и 44 заданий, расположенных определенным образом (карточки с прямоугольником и точками внутри), есть закономерность, надо продолжить ряд и занести точки в прямоугольник, контур которого штриховой	
5	**Тест «Нарисуй человека»**	Ф. Гудинаф	1926	для исследования интеллекта детей 3-15 лет	исследуемого просят как можно лучше нарисовать на листе бумаги мужчину, далее анализируя детали (51) рисунка судят об интеллекте	

Продолжение табл.

№ п/п	Методика	Автор	Год разработки	Что изучает?	Смысловое содержание	Примечания
			ЛИЧНОСТЬ			
1	**Исследование уровня притязаний**	F. Hoppe	1930	для исследования уровня притязаний	используются 24 карточки с заданиями по нарастающей сложности: 2 ряда по 12 карт, решает и этот результат влияет на уровень притязаний как «успех» или «неуспех», он определяет выбор следующей карты	
2	**Исследование самооценки по методике Дембо-Рубинштейна**	С.Я. Рубинштейн	1970	для исследования самооценки	используем лист и карандаш, чертим вертикальную линию и предлагаем сделать свою метку относительно середины линии (счастье, здоровье, умственное развитие, характер), просьба объяснить – почему поставил так?	
3	**Личностный опросник Айзенка**	H.J. Eysenck	1964	для исследования факторов экстра-, интроверсии и нейротизма	опросник из 57 вопросов: 24 по шкале экстраверсии, 24 – шкале нейротизма, 9 – по шкале лжи, ответы – «да» и «нет», см. сумму баллов по шкалам	
4	**Опросник для исследования акцентуированых свойств личности (опросник Шмитека)**	H. Schmieschek	1970	для определения акцентуации личности	содержит 88 вопросов на выявление 10 типов акцентуации личности, считается акцентуация есть при количестве баллов более 12	
5	**Торонтская алекситимическая шкала**	G.J. Tayior	1985	для определения алекситимии	шкала состоит из 26 утверждений, с помощью которых испытуемый может характеризовать себя, применяя пять градаций ответов: <совершенно не согласен>, <скорее не согласен>, <ни то, ни другое>, <скорее согласен>, <совершенно согласен>, № ответов соответствуют баллам	

Продолжение табл.

№ п/п	Методика	Автор	Год разработки	Что изучает?	Смысловое содержание	Примечания
6	**Методика «Тип поведенческой активности» (ТПА)**	К.Д. Дженкинс	1979	для определения поведенческой активности А (ИБС)	шкала состоит из 61 утверждения, (2-5 вариантов ответов на вопрос), баллы ответов суммируются, до 167 баллов – тип поведения А есть	
7	**Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО)**	Н.Я. Иванов, А.Е. Личко	1976, 1981	для определения характера у подростков при психопатиях и акцентуациях личности	в опроснике – проблемы, которым соответствуют 20 предложений: 1) надо выбрать 1-2 из них что подходит проблеме; 2) затем – 1-2 предложения, которые крайне не подходят, см. баллы	
8	**Миннесотский многопрофильный личностный опросник (MMPI)**	S.R. Hathaway и J. Mckinley	1943	для определения свойств личности	состоит из 550 вопросов, 3 диагностических шкал и 10 клинических	
9	**Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера**	C.D. Spielberger	1970, 1972	для определения личностной и реактивной тревожности	2 шкалы по 20 утверждений каждая, 4 варианта оценки каждого утверждения, см. сумму баллов по личностной и реактивной тревожности	
10	**Метод Бекмана-Рихтера**	D. Beckmann, H.E. Richter	1972	для исследования личности и анализа социальных отношений	тест включает 3 варианта одних и тех же 40 биполярных утверждений (3210123); выделяются 6 основных шкал: социального резонанса, доминантности, контроля, преобладающего настроения, открытости-замкнутости, социальных возможностей	

Продолжение табл.

№ п/п	Методика	Автор	Год разработки	Что изучает?	Смысловое содержание	Примечания
11	**Метод Роршаха («пятен»)**	H. Rorschach	1921	для исследования свойств личности	предлагается 10 таблиц с полихромными и одноцветными симметричными изображениями, «пятнами», каждое изображение демонстрируется последовательно, при этом предлагается ответить на вопросы: <Что это может быть? На что это похоже?>	
12	**Тематический апперцептивный тест (ТАТ)**	H.A. Murtey, C. Morgan	1935	для исследования свойств личности	состоит из 29 картин с определенными изображениями и одной белой, которую предъявляют обследуемому для того, чтобы он вообразил на ней любую картину; задача обследуемого – по каждой из предъявляемых картин составить небольшой связный рассказ	
13	**Вербальный проективный тест (ВПТ)**	В.М. Блейхер, С.Н. Боков	1991	для исследования расстройств эмоциональности и мышления	носит вербальный характер, стимульный материал состоит из двух серий карточек – каждая серия содержит по 19 предложений; по предложению делают рассказ, который затем оценивается по мыслям, чувствам, позициям …	
14	**Детской апперцепции тест (САТ)**	L. Bellak, S. Bellak	1949	для исследования свойств личности у детей 3-10 лет	идея: дети гораздо легче и лучше идентифицируют себя с животными, чем с людьми; стимульный материал методики представлен 10 черно-белыми рисунками – картинками с изображениями различных животных, причем часть из них содержит изображения животных в антропоморфическом стиле, другая часть – такими, как они есть в природе	

Окончание табл.

№ п/п	Методика	Автор	Год разработки	Что изучает?	Смысловое содержание	Примечания
15	**Метод исследования фрустрациоии-ой толерант-ности**	S. Rosenzweig	1954	для исследования реакций на фрустрацию	стимульный материал – 24 рисунка, изображающие наиболее часто возникающие конфликтные ситуации, которые могут фрустрировать личность; 2 человека в конфликте, один что-то говорит, над вторым – место для записи ответа испытуемого (что пришло на ум)	
16	**Методика диагностики межличност-ных взаимо-отношений**	T. Leary	1956	для исследования личности и межличностных отношений	список из 128 простых характеристик, на которые испытуемый должен ответить, подходит ли к нему данная характеристика (<да>, .<верно>) или не подходит (<нет>, <неверно>)	
17	**Метод незаконченных предло-жений**	H. Ebbirghaus и Th. Ziehen, A. Myerson	1919	для исследования личностной направленности	обследуемому необходимо закончить предложение: либо самому, либо выбрать из преложенных 3-х вариантов, которые затем будут оценены в баллах	
18	**Метод Вартегга**	E. Wartegg	1963	для исследования свойств личности	обследуемому предлагают лист бумаги с белыми на черном фоне плоскостями для рисунка, всего таких «квадратов-плоскостей» 8; каждый квадрат содержит знаки-раздражители: точку, волнистую линию, отрезки прямых в разных положениях, заштрихованный квадрат, полуокружность, пунктирную полуокружность – надо продолжить уже внесенные в квадрат знаки, рассматривая их как начальные линии и составной элемент рисунка	
19	**Тест выбора цвета Люшера**	Luscher	1947	для опосредован-ного изучения личности	8 цветных карточек, которые предлагают выбрать поочередно по наиболее приятному цвету, результаты – по характеристикам выбранного цвета	

300 ВОПРОСОВ И ОТВЕТОВ ПО КУРСУ «МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Вопросы по темам:	**№ вопросов:**
Основные понятия медицинской психологии	1 – 10
Нормативная база медицинской психологии в Республике Беларусь	11 – 12
История возникновения и развития медицинской психологии	13 – 24
Психические процессы и состояния в медицинской психологии:	
– ощущение	25 – 30
– восприятие	31 – 35
– внимание	36 – 38
– память	39 – 49
– мышление	50 – 64
– эмоции	65 – 75
– двигательно-волевая сфера	76 – 82
– сознание	83 – 91
– интеллект	92 – 97
– личность	98 – 99
– речь	100 – 111
Стресс	112 – 114
Патопсихология	115 – 117
Методы психологических исследований	118 – 134
Нейропсихология	135 – 187
Психофизиология	188 – 249
Кризисы и суицидальное поведение	250 – 267
Высшие психические функции и блоки мозга	268 – 271
Психически больной и общество (физиологический и патологический аффекты)	272 – 279
Медицинская этика в клинической психологии	280 – 285
Психологическая помощь, формирование здорового образа жизни	286 – 299
Цель овладения психологическими знаниями	300

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

- ВПФ – высшие психические функции
- ГМ – головной мозг
- ЗОЖ – здоровый образ жизни
- ГКМ – кора головного мозга
- ВОЗ – всемирная организация здравоохранения
- КП – клиническая психология
- МКБ-10 – Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (2002)
- МП – медицинская психология
- НПФ – нейропсихологический фактор
- НС – нервная система
- ЦНС – центральная нервная система
- ЧМН – черепно-мозговые нервы

ВОПРОСЫ:

1. Расшифруйте термин **«психология»**? От греческого: psyche – душа, logos – учение, т.е. учение о душе.
2. Что такое **медицинская психология** (МП)? МП – это область психологической науки, изучающая психологические факторы, связанные с возникновением, диагностикой, лечением и профилактикой болезней.
3. Что такое **психологическая помощь**? Психологическая помощь – деятельность, направленная на устранение психологических проблем и нарушений поведения посредством использования специальных, научно-обоснованных психологических методов.
4. Из каких дисциплин складывается МП? Она состоит из клинической психологии, психологии больного и психологии медицинской среды.
5. Что находится в центре рассмотрения медицинской психологии? В центре рассмотрения МП находится не организм больного, а его личность.
6. Что такое **клиническая психология** (КП)? Клиническая психология – совокупность психологических знаний, которые могут быть полезны для практикующих врачей, отсюда и термин «клиническая психология».
7. Какие разделы имеет клиническая психология? Патопсихология, нейропсихология, психосоматика и теория и практика психологической помощи.
8. Какой термин уже, МП или клиническая психология? Клиническая психология.
9. Чем различаются базы данных клинической и медицинской психологии? База КП – психиатрия, общая психология, а база МП – социальная психология, медицинская социология, психология труда, биология, неврология.
10. Что означает слово **«парадигма»**? В переводе с греческого – пример, образец.
11. Каким документом МЗ Республики Беларусь утверждается организация медико-психологической службы в стране? Приказом МЗ РБ **№ 659А** от **31.12.2003** г. *«О медико-психологической службе МЗ Республики Беларусь»*.
12. Норматив нагрузки на патопсихолога? Патопсихологическое исследование должно занимать не менее 3 часов, из них реальное время приема 1,0-1,5 часа + 1,5 часа на составление заключения.
13. Как называл мозг ученый древности Алкмеон из Кротона? «Седалищем души».
14. Как называл мозг Пифагор? «Средоточием психической деятельности».
15. Назовите автора и первый труд по вопросам психологии? **Аристотель** – трактат **«О душе»**.
16. С какого времени употребляется термин «психология»? С X века (до этого был термин «пнеуматология»).
17. С какого времени термин «психология» стал общеупотребительным? Со 2-й половины XVIII в., после работ **Христиана Вольфа**.
18. Кто является основоположником экспериментального метода в психологии? **Вильгельм Вундт**, написавший в **1874** г. книгу **«Основы физиологической психологии»,** а в **1879** г. открывший первую лабораторию экспериментальной психологии в Лейпциге.
19. Кто автор рефлекторной теории деятельности мозга? **И.М. Сеченов**, написавший в **1863** г. труд **«Рефлексы головного мозга»**.

20. Кто открыл **первую лабораторию** экспериментальной психологии в России? **В.М. Бехтерев** в **1885** г. в Казанском медуниверситете (позже такие же открылись в Москве, Киеве, Казани и Дерпте).
21. Чем знамениты А.Н. Бернштейн и Ф.Г. Рыбаков? **А.Н. Бернштейн** в **1908** г. издал первое в России руководство **«Клинические приемы психологического исследования душевнобольных»**, **Ф.Г. Рыбаков** в **1911** г. издал «Атлас психологического исследования личности».
22. Когда и кто основал тестовую диагностику? В **1980** г. **Дж. М. Кэттелл**.
23. Как переводится слово **«тест»**? С английского – проба, испытание, проверка.
24. Кто создал один из первых опросников? **Ф. Гальтон**.
25. Основные свойства **ощущений**? Модальность и качество, интенсивность, длительность, пространственная характеристика.
26. Количество и виды ощущений, которые выделяют у человека? Всего 11: зрительные, слуховые, вкусовые, обонятельные, осязательные, болевые, температурные, двигательные, вестибулярные, вибрационные, органические (интероцептивные).
27. **Классификация ощущений** по Шеррингтону (в зависимости от места расположения рецептора)? Экстеро-, проприо-, интерорецепторы.
28. **Виды нарушения ощущений**? Анестезия, гипостезия, гиперстезия, парестезия, синестезия, полиестезия.
29. Что является критерием правильности ощущения и восприятия? Практическая деятельность.
30. Что общего между ощущением и восприятием? Начинают функционировать только при непосредственном воздействии раздражения на органы чувств.
31. Кто обнаружил **основные принципы восприятия**? Каковы они? Вертгеймер. Принципы: близости, сходства, естественного продолжения, замкнутости.
32. **Основные свойства восприятия**? Предметность, целостность, константность, категориальность.
33. Что такое **апперцепция**? Избирательность восприятия.
34. Основные виды **нарушения восприятия**? Иллюзии, галлюцинации, эйдетизм, деперсонализация, дереализация, агнозии.
35. Что такое **агнозия**? Это нарушение узнавания объекта, бывают – зрительные, слуховые, тактильные.
36. Назовите **особенности внимания** как познавательного процесса? Избирательность, устойчивость, объем, переключаемость, распределение.
37. Назовите среднее максимальное количество объектов в сфере внимания? **5-7 единиц** информации.
38. Основные **характеристики внимания**? Предметность и ограниченность.
39. Что такое **память**? Память – это сохранение информации о раздражителе, когда его действие уже прекратилось.
40. **Парамнезия**, что это? Ложное узнавание.
41. Что входит в **структуру памяти**? Запоминание, сохранение, воспроизведение, забывание.
42. Что является главным в Корсаковском синдроме? Расстройство запоминания **текущих событий**.
43. Какие Вы знаете **виды запоминания**? Непроизвольное и произвольное, механическое и логическое.

44. Магическое число «7» Дж. Миллера – что это? Способность запоминать в среднем 7±2 единиц информации из 10 представленных.
45. Какие бывают ассоциации (связь) между «кусками» информации? По смежности, сходству и контрасту.
46. Назовите **типы памяти**? Наглядно-образная и словесно-логическая.
47. Что такое **представления**? Это воспроизведенные образы, воспринимавшиеся в прошлом.
48. **Виды расстройств памяти**? Нарушения непосредственной памяти, опосредованной памяти, динамики мнестической деятельности, мотивационного компонента памяти.
49. Что такое **ретенция**? Это отсроченное воспроизведение, определяется тестом А.Л. Бентона (5 серий рисунков для воспроизведения).
50. Что такое **мышление**? Мышление – активная психическая деятельность, направленная на решение определенной задачи. Оно – качественный скачок познавательных функций, наиболее позднее психологическое образование.
51. Что такое **контаминация**? Контаминация – это смешение 2-х рассказов.
52. Перечислите **мыслительные операции**? Анализ, синтез, сравнение, обобщение, классификация, конкретизация, абстрагирование.
53. Что лежит в основе мыслительного процесса? Понятия, суждения и умозаключения.
54. Что такое **понятие**? Понятие – это обобщение данных чувственного познания посредством мышления. Это отражение в мышлении **общих и существенных** свойств **сходных** предметов.
55. Что является высшей формой отражения – представление или понятие? Понятие (общие и существенные свойства), а не представление (частные свойства, носит только наглядный характер).
56. Какова связь понятий и слов? Понятия обозначаются словами, мыслить понятиями значит мыслить словами.
57. Как разделяют понятия? На конкретные и абстрактные.
58. Посредством чего строятся умозаключения? Индукции, дедукции, умозаключений по аналогии.
59. Какие виды **нарушений мышления** выделяют? Операционной стороны мышления (снижение уровня обобщения – чрезмерная конкретизация; искажение уровня обобщения – чрезмерное обобщение), динамики мышления, мотивационной стороны мышления.
60. Какие Вы знаете **уровни обобщения** и сколько их? Их 4: категориальный (существенные признаки), функциональный (функциональные признаки), конкретный (конкретные признаки), нулевой (просто перечисление).
61. Назовите виды нарушений динамики мышления? Непоследовательность суждений, лабильность мышления, инертность мышления (главное здесь – **отсутствие целенаправленности** суждений).
62. В чем проявляется нарушение мотивационной стороны мышления? Утрачивается цель > мышление перестает быть регулятором человеческих действий. Проявляется разноплановостью мышления (нет логики между мыслями), резонерством (бесплодным мудрствованием).
63. Назовите **основные виды нарушения мышления**? По форме (по темпу, стройности, целенаправленности) и по содержанию.

64. В чем проявляются нарушения мышления по содержанию? В навязчивых состояниях, сверхценных и бредовых идеях.
65. Назовите **функции эмоций**? Отражательные и регуляторные.
66. Как делятся эмоции человека в современной психологии? Основные (базальные) и высшие.
67. Перечислите **основные эмоции** человека? Основные эмоции: радость, горе, страх, гнев, интерес, отвращение, презрение, удивление, стыд, вина (эти 10 эмоций – врожденные).
68. Назовите **параметры эмоций**? Модальность, знак +/-, интенсивность, длительность, реактивность, степень осознанности, степень произвольного контроля и др.
69. При каких поражениях ГМ наступает нарушение эмоционального состояния человека и в чем проявляется? При поражении 3-х областей ГМ характерны нарушения эмоций: гипофизарно-гипоталамическая (обеднение эмоций), височная (депрессии), лобная (эйфория с грубыми нарушениями личности) области.
70. **Классификация эмоций**? По В.Н. Мясищеву: эмоциональные реакции, эмоциональные состояния, эмоциональные отношения или чувства.
71. Что такое **настроение**? Относительно стабильное эмоциональное состояние.
72. Что такое **фрустрация**? Кратковременное замешательство, вызванное неудачей в выполнении задания.
73. Что такое **чувства**? Глубокие и длительные переживания, связанные с определенным представлением о некотором объекте.
74. Что такое **страсть**? Страсть – это сплав эмоций и чувств, сконцентрированных на определенном виде деятельности.
75. В чем связь **аффекта** и **интеллекта**? Постоянно происходит «интеллектуализация» эмоций.
76. Что такое **воля**? Воля – это способность регулировать поведение, управлять собой.
77. Особенности волевой деятельности? Целеустремленность, решительность, настойчивость.
78. Что такое **мотивация**? Мотивация – это процесс целенаправленной, организованной и устойчивой деятельности, направленный на удовлетворение потребностей.
79. В чем выражаются мотивы и потребности? В желаниях и намерениях.
80. Что такое **деятельность**? Деятельность – это совокупность действий, объединенных общей целью и выполняющих определенную общественную функцию.
81. Что такое **мотив**? Мотив – это то, что заставляет нас действовать.
82. Что такое **копромания**? Копромания – патологическое влечение к использованию нецензурной брани.
83. Каким видам живых существ присуще сознание? Только человеку.
84. Что такое **сознание**? Сознание – высший уровень психической деятельности, проявляющийся способностью отдавать себе **ясный отчет об окружающем** в настоящем и прошлом времени, позволяющий предвидеть будущее и управлять, в соответствии с этим, своим поведением.
85. Приведите более короткое **определение сознания**? Сознание – это сложное интегративное сочетание «образа мира» и «образа самого себя».

86. Имеется ли связь сознания с речью и трудовой деятельностью? Имеется, ибо сознание как высшая форма отражения действительности, высшая форма познания, возникает у человека в процессе трудовой деятельности по мере формирования речи. В труде цели человеческой деятельности отвлекаются от непосредственной связи с его потребностями и благодаря этому впервые могут быть осознаны как таковые.
87. Сознание – это фон психических процессов или свойство всех внешних психических функций? И то, и другое.
88. **Признаки самосознания** по К. Ясперсу, сколько их? Их 4: чувство деятельности («я активен»), осознание собственного единства («я неразделим»), осознание собственной идентичности («я это я»), «Я» отличен от всего, что не «Я» («я неповторим»).
89. **Критерии помрачения сознания** по К. Ясперсу, сколько их? Их 4: дезорганизация в пространстве, времени и ситуации; бессвязность мышления, нечеткое восприятие окружающего, трудность воспоминаний о прошедших событиях.
90. Какие компоненты включает **структура сознания**? Структура сознания (по А.Н. Леонтьеву) включает 3 компонента: чувственную ткань образа, значение и личностный смысл.
91. Существует ли единая точка зрения на локализацию сознания? Нет.
92. **Формы интеллекта**, сколько их? Их 3: вербальный, способность решать проблемы, практический.
93. **Интеллект** – это сумма познавательных процессов или нет? Нет.
94. Назовите **формы организации интеллекта**? *Здравый смысл* (правильно отражать и рационально мыслить), *рассудок* (познавать деятельность на основе знаний), *разум* (высшая форма мышления, способствует творческому преобразованию деятельности).
95. Что такое **антиципационная способность**? Это способность предвосхищать события и планировать действия для избегания нежелательных последствий.
96. Что такое **рефлексия**? Рефлексия – создание представления об истинном отношении к субъекту со стороны окружающих.
97. Тождественны ли понятия **«интеллект»** и **«мышление»**? Нет. Мышление – это функция интеллекта, оно – это интеллект в действии.
98. Что такое **личность**? Это интегративная система, которая обеспечивает целостность и постоянство поведения индивида.
99. Что является вершиной личностных качеств человека? **Критичность**.
100. Что такое **речь**? Речь – процесс общения посредством языка.
101. Назовите «решающее орудие» человеческого знания? **Язык**.
102. Что такое **фонемы**? Фонемы – смыслоразличительные звуки речи (позволяют различать звуки разных языков), это различительные единицы звукового строя языка.
103. Что такое **лексемы**? Это – слова, обозначающие предметы или явления.
104. Что такое **семантические единицы**? Это обобщения в виде системы слов, обозначающих понятия.
105. Что такое **предложение**? Это определенная мысль в сочетании слов.
106. Что такое **высказывания**? Это законченные сообщения.
107. Какая разновидность устной речи наиболее сильно проявляет нарушения речи? Повествовательная.

108. Назовите отличие причин возникновения **дизартрии** и **афазии**? Дизартрия – это нарушение произношения речевых звуков по причине нарушения артикуляции (не в порядке речевой аппарат из-за поражений ядер ЧМН). Афазия – это поражение речевых зон КГМ.
109. Кто и когда предложил термин **«афазия»**? **А. Труссо** в **1864** г.
110. Основные **типы афазий**? Моторная («не говорю, но понимаю»), сензорная («слышу, но не понимаю»).
111. В чем связь **слова** и **мысли**? В единстве – мысль существует в слове и выражается словом.
112. Что означает слово **«стресс»** в переводе с английского? Напряжение, нажим, давление.
113. Кто впервые ввел в обиход понятие «стресс»? Канадский физиолог Ганс Селье.
114. Назовите **фазы общего адаптационного синдрома**? Тревога > Сопротивление > Истощение.
115. Что такое **патопсихология**? Патопсихология – раздел медицинской психологии, оперирует понятиями психологии, изучает *структуру нарушений психической деятельности*, закономерности ее распада в их сопоставлении с нормой.
116. Что такое **психопатология**? Психопатология – это *раздел психиатрии*, оперирует конкретными понятиями (этиология, патогенез, симптом…).
117. **Психические расстройства** – что это? Это расстройства психики человека. По МКБ-10: *«Психические расстройства – это клинически определенная группа симптомов (поведенческих признаков), которые в большинстве случаев* ***причиняют страдание*** *и* ***препятствуют личностному функционированию»***.
118. Основные **методы психологических исследований**? Наблюдение, беседа, экспериментально-психологические методы исследования.
119. Что такое **«тест»**? Стандартизированное испытание, предназначенное для установления количественных и качественных индивидуально-психологических различий.
120. Дайте более широкое определение «теста»? Это испытание определенной функции с помощью изучения стандартизированных реакций личности на стимулы, четко регламентированные по трудности и времени выполнения задания, которое позволяет установить уровень развития этой функции по сравнению с усредненными показателями.
121. Всегда ли названия тестов соответствуют тому, что эти тесты в действительности измеряют? Не всегда.
122. Какие **виды тестов** Вы знаете? Тесты на интеллект; на интересы, знания, умения; на специальные способности; характерологические (личностные) тесты; тесты для определения отдельных психических функций.
123. Какие понятия характеризуют **психодиагностический метод**? Константность, валидность, надежность, релевантность.
124. Что такое **нарративное интервью**? Это когда психолог побуждает человека к свободному повествованию о собственной жизни.
125. **Критерии психического здоровья** по М. Ягоде? Их шесть: позитивная установка по отношению к собственной личности; духовный рост и самореализация; интегрированность личности; автономия; адекватность восприятия реальности; компетентность в отношении требований окружающего мира.
126. Всегда ли совпадают цели психолога и исследуемого при психодиагностике экспертной направленности? Не всегда.

127. Какие специалисты больше других нуждаются в знаниях медицинской психологии? Психиатры, клинические психологи, дефектологи, юристы, педагоги.
128. Что должен представить медицинский психолог психиатру по итогам работы с пациентом? **Психологическую структуру изменений психической деятельности**, с которой связано возникновение патопсихологических симптомов.
129. Что такое **клиническая психология**? Это область медицинской психологии, прикладное значение которой определяется потребностями клиники (психиатрической, неврологической, соматической соответственно патопсихология, нейро- и соматопсихология).
130. В условиях чего производится исследование психики пациента с подозрением на психическое заболевание? В условиях **патопсихологического эксперимента** (аналог функциональных проб в терапевтической практике, но роль «нагрузки» играют задания, которые задействуют умственные операции человека).
131. Сколько методик обычно используется для проведения патопсихологического эксперимента? **8-9 методик**.
132. Что подразумевается под понятием **«синдром»** в психиатрии и психологии? Это патогенетически обусловленная общность симптомов, внутренне взаимосвязанных и взаимообусловленных. Правильная квалификация синдрома – это «подступ» к нозологии (форме) заболевания.
133. Какие **патопсихологические синдромы** Вы знаете? Шизофренический, органический, олигофренический, психопатический, симптомокомплекс психогенной дезорганизации (по И.А. Кудрявцеву, 1982).
134. **Группы олигофрении** по нарастанию тяжести? Идиотия, имбецильность, дебильность.
135. Что такое **нейропсихология**? Нейропсихология – это отрасль психологической науки, которая изучает *мозговые механизмы* высших психических функций.
136. С каким количеством нейронов ГМ возможна связь одного нейрона? С **25 тысячами** нейронов.
137. С какой скоростью поступает информация в головной мозг? Со скоростью **360 км/час.**
138. Мозг человека – это орган чего? Мозг – это **орган человеческого сознания**.
139. Когда больше выражено недоразвитие высших психических функций (ВПФ) при поражении КГМ в детстве или во взрослом состоянии? В детстве.
140. Кто ввел понятие **«нейропсихологический фактор»**? А.Р. Лурия.
141. Что такое **«нейропсихологический фактор»**? Это определенная *структурно-функциональная единица* работы мозга.
142. Что такое **психофизиология**? Психофизиология – это наука, изучающая физиологические механизмы нарушений ВПФ.
143. Что такое **нейропсихологическая реабилитация**? Это восстановление ВПФ осуществляется только путем перестройки нарушенных функциональных систем, когда скомпенсированная психическая функция осуществляется «новым набором» психологических средств.
144. Что такое **высшие психические функции** (ВПФ)? Это сложные формы сознательной психической деятельности, осуществляемые на основе соответствующих мотивов, регулируемые соответствующими целями и программами и подчиняющиеся всем закономерностям психической деятельности (это специфические для человека единицы психики).

145. В чем отличие человеческого мозга от мозга животных? В **объеме** развития **лобных долей**.
146. Сколько **уровней** выделяют **в структуре ГМ**, их функции? Четыре:

1. КГМ – высшее управление чувственными и двигательными функциями, преимущественное управление сложными когнитивными процессами. 2. Базальные ядра полушарий большого мозга – управление непроизвольными движениями и мышечным тонусом. 3. гиппокамп, гипофиз, гиготаламус, поясная извилина, миндалевидное ядро – управление эмоциями и эндокринная регуляция. 4. Низший – ретикулярная формация и другие структуры ствола мозга – управление вегетативными процессами.

147. Что характерно для **функциональных систем** ГМ? Для функциональных систем ГМ характерна мультифункциональность, т.е. функциональная многозначность.
148. **Вес мозга**? Средний вес мозга мужчины – **1375** г., женщины – **1245** г.
149. К какому возрасту ГМ человека достигает максимального веса? Максимальной массы ГМ достигает к **20** годам (после 50 лет каждые 10 лет человек теряет по 30,0 г. веса мозга).
150. Какова основная **роль гиппокампа**? Контроль за эмоциями и памятью?
151. С возникновением каких заболеваний связывают количество отдельных нейромедиаторов? Недостаток гамма-аминомасляной кислоты – с *тревожными расстройствами*, недостаток серотонина – с *депрессией*, избыток допамина – с *шизофренией*.
152. Что такое **анализаторы**? Это аппараты, подготавливающие ответы организма на внешние раздражители.
153.Какие отделы есть в анализаторе? В них есть *периферические* и *центральные* отделы.
154. В чем их отличие? Периферические отделы анализаторов производят анализ стимулов по **физическим качествам**, центральные – по их **сигнальному значению**.
155. В чем заключается **функция левого полушария**? Левое полушарие отвечает за речевые функции человека.
156. В чем заключается **функция правого полушария**? В регуляции невербальных гностических процессов, образной и эмоциональной регуляции поведения.
157. Сколько комиссур соединяют полушария ГМ? Три.
158. Насколько достоверна нейропсихологическая диагностика? На **95,0-97,0%**.
159. Какую модель работы мозга разработал А.Р. Лурия? **Структурно-функциональную модель** работы мозга.
160. Какие два вида психических функций выделяют? Выделяют 2 вида психических функций: **элементарные** и **высшие** (логическое мышление, логическая память, произвольное внимание, запоминание, речь и др.), которые характерны только для человека.
161. Что является необходимым, одним из основных условий, для формирования ВПФ у ребенка? **Общение со взрослыми**.
162. Что характеризует ВПФ? Социальность происхождения, сознательный способ функционирования, опосредовательность строения.

163. В чем **сходство физиологических и ВПФ**? Имеют много афферентных и эфферентных звеньев.
164. В чем **отличия физиологических и ВПФ**? Их шесть:

- *ВПФ не передаются «готовыми» при рождении (в начале формирования ВПФ – это элементарные сенсорные и моторные процессы, затем «чувственная основа» свертывается.*
- *ВПФ гораздо сложнее по организации;*
- *ВПФ не функции «ограниченных клеточных структур» определенных участков мозга;*
- *ВПФ гибки, пластичны, взаимозаменяемы (при дефекте происходит перевод ВПФ на более высокий уровень, включение в другую систему смысловых связей);*
- *На разных этапах онтогенеза ВПФ функциональные системы имеют различную структуру.*
- *ВПФ имеют большую зависимость от прижизненных условий своего формирования.*

165. **Цель факторного анализа** в нейропсихологии? Обнаружение нейропсихологического синдрома (фактора).
166. Опираются ли ВПФ на один или несколько нейропсихологических факторов? На несколько.
167. Необходимые **условия формирования ВПФ**? Деятельность, труд, общение.
168. В чем проявляется **зрительная агнозия**? Человек видит объект, но не понимает, что он видит («вижу, но не понимаю»).
169. Когда и кто ввел термин **«агнозия»**? В **1891** г. **З. Фрейд**.
170. Назовите основные **рецепторы человека**? Холодовые – *колбы Краузе*; тепловые – *тельца Руффини*; рецепторы прикосновения – тельца Мейснера, диски Меркеля, рецептор волосяного фолликула; болевые – *свободные нервные окончания*; регуляции позы, движения – *мускульные веретена, сухожильный комплекс Гольджи, Пачиниевы тельца* (последние – реагируют на давление).
171. **Астереогноз** – что это? Астереогноз (поражение нижнетеменной области КГМ) – тактильная предметная агнозия (человек не воспринимает предметы на ощупь с закрытыми глазами, хотя зрительно узнает).
172. Какие по частоте звуки может воспринять ухо человека? **16 – 20 000 Гц.**
173. На основе какой системы формируется речь человека? **Слуховой**.
174. Что такое **апраксия**? Нарушения произвольных движений, которые не сопровождаются парезами и параличами, явными нарушениями мышечного тонуса, тремором.
175. Что является центральным «психологическим оружием», опосредующим психические функции? **Речевая система** (речь).
176. Какая часть ГМ играет ключевую роль в регуляции сознательной психической деятельности и целенаправленного поведения? **Лобная**.
177. Что такое **лобный «нейропсихологический синдром»**? Это нарушения психики при поражении лобной коры (эхолалия, эхопраксия, нарушения письма, рисования, невозможность повторить ритм + изменения личности).
178. Что означает термин **«симультанный»**? Одновременный.

179. Кто создал **теорию системной динамической локализации ВПФ**? А.Р. Лурия.
180. Кто создал теорию системной динамической локализации сознания? Пока никто.
181. Что включает «цепочка» нейропсихологического исследования? Анализ симптома > выделение нейропсихологического фактора > определение вероятной зоны поражения.
182. Что такое **нейропсихологический фактор**? Это «собственная функция» мозговой структуры, принцип ее работы. Это структурно-функциональная единица работы мозга, определяющая характер нейропсихологического синдрома.
183. Что означает понятие **«сукцессивный»**? Последовательный.
184. Что означает понятие **«симультанный»**? Одновременный.
185. Зоны каких анализаторов расположены впереди от Роландовой борозды? Кпереди от Роландовой борозды расположены зоны двигательного анализатора, префронтальные отделы коры (III блок – зоны программирования и контроля).
186. Зоны каких анализаторов расположены сзади от Роландовой борозды? Сзади от Роландовой борозды расположены зоны зрительного, слухового и кожно-кинестетического анализаторов.
187. Как можно коротко и схематично представить нейропсихологический фактор? **НПФ = морфология + функция** (НПФ – это синдромообразующие структуры головного мозга).
188. Что составляет серое вещество мозга? Серое вещество ГМ – это **тела нейронов**.
189. Что составляет белое вещество мозга? Белое вещество ГМ – это **отростки нейронов**.
190. За что отвечает соматическая НС? Соматическая НС отвечает за **связь с внешней средой** (все рецепторы, мышцы), она формирует адаптивное поведение.
191. За что отвечает вегетативная НС? Вегетативная НС осуществляет **иннервацию внутренних органов, регулирует обмен веществ**.
192. Подконтрольна ли человеку вегетативная НС? Вегетативная НС не находится под произвольным контролем человека (поэтому ее называют автономной или висцеральной).
193. Как образуются извилины ГМ? Наружные слои полушарий развиваются с большей скоростью, чем внутренние, что приводит к формированию извилин.
194. Назовите параметры КГМ, площадь, толщину, число слоев? Кора ГМ имеет площадь **2,5 тысячи $см^2$, толщину – до 5 мм, 6 слоев**.
195. Как переводится с греческого **«синапс»**? Синапс – от греческого слова «застегивать»?
196. Кто ввел термин «синапс» и когда? Ввел **Шеррингтон**, в **1897** г.
197. Назовите **размер нейрона**? Размер нейрона – несколько десятков микрон.
198. Что представляет собой глаз с точки зрения физики? **Диполь.**
199. Что такое **кодирование**? Кодирование – это преобразование информации в код, точнее двоичный код – есть или нет электрический импульс в тот или иной момент времени в сенсорной системе (в структурах, получающих информацию).
200. В чем **особенности сенсорной системы** человека? Их три: 1. Возбуждение нейронов не соответствует конфигурации исходного сенсорного сообщения. 2. Множественность нервного кодирования. 3. Перекрытие ходов восприятия информации.
201. Что такое **восприятие**? Восприятие – это понимание ощущения, способность обозначить его словами.

202. Какой % сенсорной информации мы получаем с помощью глаз? Посредством зрения мы получаем **90,0%** сенсорной информации.
203. Сколько в сетчатке глаза колбочек? В каждом глазу – по **6 млн.** колбочек.
204. Сколько в сетчатке глаза палочек? В каждом глазу – по **120 млн.** палочек.
205. Предназначение колбочек сетчатки глаза? Колбочки обеспечивают *цветовое* и *дневное* зрение.
206. Предназначение палочек сетчатки глаза? Палочки обеспечивают *сумеречное* зрение.
207. От одного или двух глаз получает каждое полушарие ГМ информацию? От **двух**.
208. Через какое время возникает зрительное ощущение? Зрительное ощущение возникает через **0,1 секунды** после визуализации объекта.
209. Что такое **бинокулярное зрение**? Бинокулярное зрение – это слияние изображений от 2-х сетчаток, происходящее в зрительной зоне КГМ.
210. Назовите **рецепторы осязания**? Это *диски Меркеля* и *тельца Мейснера*.
211. Назовите рецепторы давления и вибрации? *Тельца Пачини*.
212. Что такое **антиципация**? Антиципация – это упреждение, предвосхищение.
213. Что такое **координация**? Координация – это способность реализовывать движение в соответствии с его замыслом.
214. Что такое **локомоция**? Локомоция – активное перемещение в пространстве на расстояния, значительно превышающие характерные размеры тела (например, ходьба).
215. Приведите доказательства наличия в ЦНС **«модели собственного тела»**? Это фантом ампутированных (**90,0%** ампутантов ощущают конечность), это ощущение конечности у детей с врожденным ее отсутствием.
216. Что такое **энграмма**? Энграмма – «след» памяти, сформированный в результате обучения.
217. Какие **концепции памяти** Вы знаете? 1. Концепция механизмов памяти по Хеббу. 2. Концепция состояний памяти (активное/пассивное). 3. Концепция распределенной памяти. 4. Концепция информационного содержания памяти.
218. Существует ли общепризнанная теория эмоций? Нет.
219. Как проявляются **эффекты симпатической НС**? Мобилизацией всего организма при чрезвычайных обстоятельствах. Эффекты симпатической НС проявляются диффузно (охват всего тела) и долго, как **«пулеметные очереди».**
220. Как проявляются **эффекты парасимпатической НС**? Сохранением и поддержанием определенных ресурсов организма. Эффекты парасимпатической НС проявляются локально и кратковременно, как **«выстрелы из ружья».**
221. Что такое **сознание**? Существует 2 понятия сознания, отличных по смыслу: а) Сознание – это бодрствование с возможностью контакта с внешним миром и адекватной реакцией на происходящие события. б) Сознание – это высшее проявление психики, связанное с абстракцией, отделением себя от окружающей среды и социальными контактами с другими людьми.
222. Сколько подходов к объяснению сознания Вы знаете? Три.
223. Какие **подходы к объяснению сознания** Вы знаете? 1. Концепция «светлого пятна». 2. Концепция повторного входа возбуждения и информационного синтеза. 3. Концепция связи сознания с речью.
224. **Сон** – это перерыв в деятельности мозга или нет? Сон – это не перерыв в деятельности мозга, это просто иное состояние.

225. Сколько раз за ночь в среднем мы видим сны и сколько времени они занимают? Каждую ночь **4-5** раз мы видим сны и «разглядывание» сновидений занимает в общей сложности от **1 до 2 часов**.
226. Когда потребность во сне увеличивается? Потребность во сне увеличивается, когда возникают неразрешимые проблемы и снижается настроение, работоспособность.
227. Что такое **сновидения**? В древности считали, что сновидения – *«врата в иной мир», «язык богов», «странствие души»*, но Аристотель учил, что это – явление, вытекающее из самой сущности человеческого духа и результат особой деятельности мозга человека. И.М. Мечников назвал сновидения *«небывалыми комбинациями бывалых впечатлений»*.
228. В чем заключается **функция сновидений**? Функция сновидений – это эмоциональная стабилизация человека.
229. Что улучшает запоминание материала (применительно ко сну)? Если интервал между обучением и тестированием заполнен естественным сном (во время сна осуществляется перебор новых комбинаций элементов опыта).
230. Что такое **самоэффективность**? Самоэффективность – восприятие человеком своей способности успешно действовать в той или иной ситуации.
231. Что такое **локус контроля**? Локус контроля – склонность человека приписывать причины событий внешним или внутренним факторам.
232. В чем проявляется **сумеречное состояние сознания**? Это резкое *сужение объема сознания*.
233. Что такое **сознание**? Сознание – это фон, на котором протекают все виды психической деятельности.
234. Что такое **агнозия**? Агнозия – это нарушение восприятия, при котором делается невозможным адекватное опознание объекта (бывают – зрительные, слуховые, тактильные агнозии, соматоагнозии).
235. Что такое **конфабуляции**? Конфабуляции – ложные воспоминания о событии, которого не было вообще, или в тот период, к которому относится воспоминание.
236. Что такое **криптамнезии**? Криптамнезии – это когда стирается грань между реально пережитыми больным событиями и теми, о которых слышал, читал или видел во сне, или наоборот, реальные события воспринимаются как нереальные.
237. Что такое **идентифицирующие парамнезии**? Это феномены уже виденного, уже пережитого (дежа вю).
238. Устойчивы ли **бредовые идеи**? Бредовые идеи устойчивы, причем, попытки разубедить больного усиливают бред.
239. Что происходит с бредовыми идеями по мере снижения интеллекта? При психических заболеваниях по мере снижения интеллекта бредовые идеи постепенно исчезают.
240. Что такое **ипохондрия**? Ипохондрия – неоправданная убежденность в наличии физического заболевания.
241. Что такое **диссоциация**? Диссоциация – психическое состояние, при котором два психических процесса сосуществуют, не будучи связанными или интегрированными.
242. Что такое **агарофобия**? Агарофобия – это состояние, когда для пациентов характерны генерализованные фобические (страхи) реакции на различные ситуа-

ции, связанные с опасениями погибнуть или сойти с ума, остаться без помощи в незнакомом месте.

243. Каков процент суицидальных мыслей и действий у больных депрессией? **60,0%** из них обнаруживают суицидальные мысли, **10,0%** – суицидальные действия.
244. Кто и когда ввел термин **«шизофрения»**? Термин «шизофрения» ввел в **1911** г. швейцарский психиатр **Е. Блейер**.
245. Наиболее характерный признак шизофрении по Е. Блейеру? **Расщепление** (диссоциация) **психических функций** (они не связаны, не согласованы, отсутствует целостность и логическое единство личности).
246. Какие **методики** могут быть использованы **для диагностики алкоголизма**? Для диагностики алкоголизма используют:

1. Вариант Мичиганского алкогольного скрининг-теста (MAST), адаптированный А.Е. Бобровым и А.Н. Шурыгиным; 2. Скрининговая методика для выявления алкоголизма (СМА) В.И. Полтавца; 3. Клинический опросник для выявления ранних признаков алкоголизма (К.К. Яхтина, В.Д. Менделевич); 4. Анкета для выявления алкоголизма А.В. Довгия с соавт.

247. Какие виды **аномалий развития** выделяют в дизонтогенезе по В.В. Лебединскому? Недоразвитие, задержанное, поврежденное, дефицитарное, искаженное и дисгармоничное развитие.
248. Что такое **олигофрения**? Это тотальное психическое недоразвитие.
249. С какого возраста диагностируется шизофрения? **После 6 лет.**
250. Что такое **кризисное состояние**? Кризисное состояние (по Е.И. Круковичу) – острое эмоциональное состояние, возникающее при блокировании целенаправленной жизнедеятельности человека в результате события, которое он не может преодолеть способом, известным из прошлого опыта.
251. Назовите **виды кризисов**? Виды кризисов: *травматические* кризисы (потери близких, лишение свободы, угроза жизненной цели); кризисы *становления* (поступление в ВУЗ, первая работа); кризисы *развития*; кризисы *жизни* (материнство, болезнь, менопауза, пенсия, умирание).
252. Что такое **суицид**? Быстрое, намеренное и осознанное лишение себя жизни.
253. Кто дал **первое определение суицида** и когда? В **1897** г. **Эмиль Дюркгейм**: «*Всякий случай смерти, который явился результатом положительного или отрицательного поступка, совершенного самим пострадавшим, если последний знал об ожидавших его результатах»*.
254. Соотношение суицидов и парасуицидов среди гражданского населения? **1 к 8**.
255. Как оценить **уровень суицидов** на 100 тысяч населения? Низкий – до 6,5 случаев, средний: 6,5-13,0 случаев, высокий: более 13,0 случаев на 100 тысяч населения.
256. Отличие **суицида** и **парасуицида**? Парасуицид – незаконченный суицид, т.е. человек остался жить.
257. Что такое **гамицид**? Смерть от убийства извне.
258. Какие 2 группы **факторов риска суицида** выделяют? Базовые и тригерные.
259. Что предпринимается психологом после неудачного суицида? **Кризисное вмешательство**.
260. Сколько человек в год в мире совершает суицид и парасуицид? Суицид – **160 тысяч человек**, парасуицид – **2,0 млн человек**.

261. Назовите **4 типа суицидентов** по **Э. Шнейдеману**? Искатели смерти *(хотят умереть во время суицида)*; инициаторы смерти *(тяжелобольные с неблагоприятным прогнозом болезни);* игроки со смертью *(имеют двоякое отношение к смерти);* отрицатели смерти *(утверждают «Я буду счастлив в другом мире»).*
262. Что такое **кризисное состояние**? Кризисное состояние – это нормальная реакция на анормальное событие.
263. **Цель кризисного вмешательства**? Важнейшая цель кризисного вмешательства – предотвращение развития психического расстройства или суицидального поведения.
264. Что такое **синдром Мюнхгаузена**? Синдром Мюнхгаузена – это когда люди вызывают у себя различные физические или психические симптомы без явной материальной цели.
265. Что такое **дисморфофобия**? Дисморфофобия – неоправданная убежденность в наличии дефекта внешности.
266. Что такое **орторексия**? Орторексия – это питание человека только «правильными» продуктами.
267. С чем соотносят нарушения психической деятельности в патопсихологии и нейропсихологии? Нарушения психической деятельности в патопсихологии соотносятся с определенным *заболеванием* (нозологической единицей), в нейропсихологии – с *повреждением определенной зоны ГМ.*
268. Назовите **основу нейропсихологии**? Основа нейропсихологии – теория системной динамической локализации высших психических функций (ВПФ).
269. Что такое **высшие психические функции**? Высшие психические функции – *это сложные психические процессы, прижизненно формирующиеся, социальные по своему происхождению, опосредованные по психологическому строению и сознательные (произвольные) по способу осуществления* (динамичны в ходе онтогенеза и конкретной задачи, нет четкой привязки к участку коры головного мозга).
270. Какие **функциональные блоки мозга** выделяют в нейропсихологии? Каковы их функции? В нейропсихологии выделяют *3 функциональных блока мозга*:

1. **Блок регуляции тонуса и бодрствования** (функции сознания, внимания, памяти, эмоционально-мотивационной сферы). Основа его – ретикулярная формация.

2. **Блок приема, переработки и хранения информации**. Основа его – проекционные зоны КГМ, функции ощущения и восприятия, обеспечение модально-специфических форм памяти и мышления, а также афферентной основы движений.

3. **Блок программирования, регуляции и контроля сложных форм деятельности.** Основа его – передние отделы головного мозга: префронтальные отделы коры, которые созревают на поздних стадиях онтогенеза и надстраиваются над всей корой, выполняя общую функцию регуляции поведения.

271. В чем, прежде всего, проявляется поражение задних, передних и срединных (неспецифических) структур ГМ? При поражениях *задних отделов* ГМ нарушаются восприятие и связанные с ним виды психической деятельности (например, модально-специфическая память); *передних отделов ГМ* – способность к плани-

рованию и контролю деятельности; *срединных структур ГМ* – сознание, внимание, память.

272. Что важно для **прогноза общественной опасности** психически больных? Для прогноза общественной опасности психически больных важен не столько диагноз, сколько структура психопатического синдрома, преморбидные особенности личности, пол, возраст, образование и трудовая квалификация, степень социальной дезадаптации, склонность к антисоциальному поведению до болезни.
273. Равнозначны ли термины **«невменяемость»** и **«психическое расстройство»**? Термин «невменяемость» не синоним термина «психическое расстройство» так как факт наличия психического расстройства еще не означает «невменяемости» и обязательного освобождения от уголовной и гражданской ответственности.
274. Что такое **аффект**? Аффект – это кратковременное, внезапно возникающее эмоциональное состояние, характеризующееся грубыми нарушениями сознания и поведения.
275. Назовите три **фазы физиологического аффекта**? Подготовительная > аффективного взрыва > истощения.
276. Что такое **патологический аффект**? Патологический аффект – это кратковременное, внезапно возникающее психическое расстройство, сопровождающееся *сумеречным состоянием сознания*, бурным возбуждением и бессмысленной агрессией, полной последующей амнезией совершенных действий, сильным истощением с глубоким сном.
277. Что такое **деинституционализация**? Деинституционализация – это переориентация психиатрической помощи от стационара к амбулаторному лечению.
278. В чем отрицательная и положительная стороны деинституционализации? Отрицательная сторона – увеличение числа бездомных, преступников, а положительная – вне стационара уменьшается пассивность пациентов, их социальная дезадаптация, не появляются вторичные нарушения личности.
279. В чем проявляется **социальная репрезентация психических болезней**? Социальная репрезентация психических болезней включает 3 компонента: 1) *опасность*, которую больной представляет для окружающих и себя; 2) *непредсказуемость поведения* больного и динамики болезни; 3) *чуждость* ввиду резкого отличия психически больного от здоровых людей, что вызывает стигматизацию и социальную изоляцию больных.
280. Что означает на латыни слово **«пациент»**? Страдающий.
281. Назовите **3 этапа формирования личностной реакции на болезнь**? Сенсологический, оценочный и отношения к болезни.
282. Что является критерием поступка в деонтологической теории морали? **Долг.**
283. Что является критерием поступка в утилитаристской теории морали? **Полезность.**
284. Назовите базисные **принципы медицинской этики**? Принципы автономии, непричинении вреда, благодеяния и справедливости.
285. Основные **этические нормы** в поведении медработника? Правдивость, приватность, конфиденциальность, лояльность, компетентность.
286. Что такое **психологическая помощь**?

Психологическая помощь – это предоставление пациенту информации о его психологическом состоянии, причинах психопатологических феноменов, а также активное целенаправленное воздействие на индивида с целью гармонизации

его психической жизни, адаптации к социальному окружению, устранения болезненных проявлений, реконструкции личности для формирования стрессо-, неврозо- и фрустрационной устойчивости.

287. **Виды психологической помощи**? Психологическое консультирование, коррекция и психотерапия.
288. Каковы подходы к сообщению результатов психологического исследования? *Оптимистический, пессимистический и нейтральный.*
289. **Виды психологических защит**? Рационализация, проекция, вытеснение, идентификация, компенсация, гиперкомпенсация, сублимация, фантазирование, доминирующие идеи.
290. Что означает в переводе слово **«гипноз»**, кто и когда предложил название? С греческого – *сон* (термин предложил в **1843** г. английский хирург **Джеймс Бред**).
291. Что такое **психогигиена**? Система мероприятий, направленная на сохранение и укрепление психического здоровья.
292. Что такое **психопрофилактика**? Система мероприятий, направленная на предупреждение возникновения, формирования и развития психических болезней.
293. Что такое **ретардация и акселерация**? Ретардация – это отставание, задержка развития одной или нескольких функциональных систем. Акселерация – это ускоренное развитие одной или нескольких функциональных систем, обгоняющих типичную для них хронологию.
294. Что понимают под *первичной, вторичной* и *третичной* психопрофилактикой? Первичная – предупреждение возникновения заболеваний. Вторичная – предупреждение неблагоприятного течения уже возникших заболеваний. Третичная – предупреждение инвалидности.
295. **Психогении**, что это? Это заболевания, вызванные психическими травмами.
296. Что отличает психогении от других психических расстройств? Отличия: возникают после психотравмы, в содержании психогении отражается характер травмы, психогения исчезает после исчезновения психотравмы.
297. Что такое **реабилитация** и **ресоциализация**? Реабилитация – это восстановление здоровья и трудоспособности. Ресоциализация – это возвращение к жизни и социуму (обществу), т.е. восстановление индивидуальной и социальной ценности человека.
298. **Виды реабилитации**? Медицинская, профессиональная, социальная.
299. Какие **виды здоровья** выделяют? Что такое **ЗОЖ**? Назовите **модели обучения ЗОЖ**? Физическое, психическое, социальное. ЗОЖ – способ организации жизнедеятельности, направленный на сохранение и укрепление здоровья, профилактику преждевременной старости и смерти. Модели обучения ЗОЖ: медицинская, образовательная, радикально-политическая, самоусиления.
300. Чему будет способствовать приобретение психологических знаний людьми (в том числе, психологами) контактирующими с психически больными? Психологические знания будут менять отношения к психически больным и членам их семей, позволять преодолеть **изоляцию, непонимание и осуждение** – самые страшные аспекты жизни людей с аномалиями психики.

СОДЕРЖАНИЕ

Учебное издание

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Курс лекций

Составитель
Петров Василий Иванович

Технический редактор *А.Л. Позняков*
Компьютерная верстка *А.Л. Позняков*
Корректор *И.Г. Коржова*

Подписано в печать 31.01.2012.
Формат 60х84/16. Гарнитура Times New Roman Cyr.
Усл.-печ. л. 21,4. Уч.-изд. л. 23,0. Тираж 77 экз. Заказ № 33.

Учреждение образования “Могилевский государственный университет
им. А.А. Кулешова”, 212022, Могилев, Космонавтов, 1
ЛИ № 02330/278 от 30.04.2004 г.

Отпечатано в отделе оперативной полиграфии
УО “МГУ им. А.А. Кулешова”. 212022, Могилев, Космонавтов, 1